

Escuela de Enfermería de Zamora

Titulación: Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Título

Intervenciones de enfermeria para el
abandono del habito tabaquico en el
paciente sano

Estudiante: Jesica Alejandra Alonso Sobral.

Tutor/a: Yolanda Martín Vaquero.

Fecha: 05- 06-2016



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

E.U. DE ENFERMERÍA DE ZAMORA

Avda. de Requejo nº 21 - 49012 - Zamora
Tel. (34) 980 519 462 Fax. (34) 980 557 041



1. Conformidad del tutor

El/La profesor/ra Yolanda Martin Vaquero
a en su calidad de tutor/ra, considera que el Trabajo Fin de Grado titulado:
Intervenciones de enfermería para el abandono del habito tabáquico en el paciente sano, realizado por: *Jesica Alejandra Alonso Sobral*, cumple los requisitos para proceder a su presentación ante la Comisión Evaluadora.

Zamora, 5 junio 2016

Fdo.: Yolanda Martin Vaquero



**VNIVERSIDAD
D SALAMANCA**

E.U. DE ENFERMERÍA DE ZAMORA

Avda. de Requejo nº 21 - 49012 - Zamora
Tel. (34) 980 519 462 Fax. (34) 980 557 041



2. DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo Intervenciones de enfermería para el abandono del habito tabáquico en el paciente sano para la asignatura de clínica en el 2º cuatrimestre del curso académico 2016 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

En Zamora, a 5 junio del 2016.

Fdo.: Jessica Alejandra Alonso Sobral.

3. Índice

1. Conformidad del tutor	1
2. Declaración de autoría	2
3. Índice	3
4. Resumen y palabras clave	4
5. Introducción	5
6. Objetivos	8
7. Material y métodos	9
8. Resultados	11
9. Discusión	13
10. Conclusión	18
11. Bibliografía	19
12. Anexos	23
12. 1 Tabla 1: Estrategia de búsqueda: palabras clave.	23
12.2 Tabla 2: Búsqueda en bases de datos.	24
12.3 Tabla 3: Artículos seleccionados, evaluación de calidad.	26
12.4 Tabla 4: de evidencias.	64
12.5 Algoritmo del proceso de selección	80
12.6 Taxonomía	81

4. Resumen

El tabaquismo es una enfermedad adictiva, y crónica que constituye la principal causa de muerte evitable en los países desarrollados. Para ayudar en su cesación la enfermería constituye un potencial e importante recurso. Siendo el principal objetivo de esta revisión bibliográfica identificar las intervenciones de enfermería para el abandono del tabaquismo en el paciente sano.

Material y métodos: Usando la terminología DeCS se realizó una búsqueda bibliográfica, de revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, metaanálisis y documentos de consenso, publicados entre 2006 y 2016 en los idiomas inglés, español y portugués. Incluyendo a fumadores adultos sanos en los que se realizarán intervenciones de enfermería para ayudar a dejar de fumar con un seguimiento de 6 meses o mayor y excluyendo adolescentes, mujeres embarazadas y artículos de pacientes con características especiales exclusivamente.. La calidad de los estudios fue medida mediante una lectura crítica y la clasificación del nivel de evidencia y recomendación.

Resultados: se encontraron 466 artículos de los cuales solo 18 fueron incluidos por cumplir los criterios de inclusión y calidad. Constituidos por 2 guías de práctica clínica, 12 revisiones sistemáticas y 4 documentos de consenso.

Conclusión: la enfermería tiene un gran potencial para ayudar a dejar de fumar mediante asesoramiento. El tratamiento más efectivo actualmente es la combinación de asesoramiento y medicación, siendo las intervenciones intensivas más eficaces que las mínimas. Las intervenciones realizadas por múltiples profesionales y múltiples procedimientos tienen mayor éxito.

Palabras clave:

Fumar, Tabaco, Dejar de fumar, Tabaquismo, Enfermera.

5. Introducción

El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica, y constituye la principal causa de muerte evitable en los países desarrollados (1). Según la OMS anualmente mata a cerca de 6 millones de personas y ocasiona en la economía mundial unos costes de 500 billones de dólares. (2) Entre sus principales manifestaciones clínicas se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la bronquitis y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (1). El alquitrán y las nitrosaminas que contiene el tabaco alteran los genes células produciendo la inhibición de los genes supresores de tumores o acelerando la división celular, por lo que está relacionado directamente con hasta 10 tipos distintos de cáncer (1,2).

La adicción al tabaco es multidimensional al afectar tanto físicamente como mentalmente. El factor psicológico de la dependencia se produce al experimentar sensaciones placenteras al fumar, mientras que el factor fisiológico tiene lugar cuando la nicotina actúa como un estimulante del sistema nervioso central, provocando la liberando dopamina. La nicotina actúa produciendo la activación o bloqueo de los receptores acetilcolinergicos de las membranas neuronales del área tegumental ventral del mesencéfalo de manera más eficiente que la acetilcolina. Lo que da lugar a un incremento de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens (1,3). Los factores sociales y conductuales se deben a la creación de un hábito diario y al uso del tabaco como automedicación para reducir el estrés o la ansiedad que se producen con la abstinencia del tabaco. Cuando el cerebro ya no recibe el suministro de nicotina, surgen los síntomas de abstinencia caracterizados por ansiedad, irritabilidad, dificultad para concentrarse, cambios en el apetito y un fuerte deseo emocional de fumar. Después de haber fumado, la nicotina y subproductos del tabaco permanecerán durante 3 o 4 días en el torrente sanguíneo. Y durante varios años fumando, los niveles de nicotina en plasma se mantienen, lo que hace al fumador altamente resistente al cambio. Si tras un periodo de abstinencia la persona vuelve a fumar, se producirá un aumento en plasma de nicotina mayor al que tenía la persona antes de dejar de fumar. Por lo que el individuo desarrolla entonces una tolerancia crónica y continúa a unos niveles aun mayores de nicotina en plasma que antes de dejar de fumar, por lo que fumara más y durante un período de tiempo más largo (3).

Se cree que el tabaco era conocido por los persas y egipcios, pero al no haber constancias escritas de esto, se considera que las primeras noticias sobre el tabaco provienen de 1492 con Cristóbal Colón. En España, el tabaco se empezó a consumir de forma amplia a mediados del siglo XVII y en un principio la gente más noble lo rechazaba al considerarlo como algo desagradable. Pero existen constancias de que entorno al año 1618 su uso era general y era considerado un medicamento, al atribuirle propiedades curativas sobre el aparato nervioso, digestivo, respiratorio, genitourinario, hidropesía y gota, entre otros. En esta época se usaba tanto en su forma de humo como de polvo. En los siglos XVIII y XIX ya existían sospechas de que el tabaco estaba relacionado con algunos tipos de cáncer, pero no es hasta principios del siglo XX cuando se observa una mayor incidencia del cáncer y morbi-mortalidad en los fumadores con respecto a los no fumadores. Durante la Segunda Guerra Mundial, su consumo era tan amplio que lo declararon, bien de primera necesidad junto con los alimentos. En los años cincuenta se descubre que el consumo de tabaco es la principal causa de aumento de mortalidad por cáncer de pulmón, y se establece la asociación entre tabaco e infarto agudo de miocardio pero a pesar de todo esto, la industria tabaquera ya se había hecho muy fuerte. En los años ochenta y noventa múltiples estudios refuerzan la evidencia científica y descubren la toxicidad de la nicotina y que es una droga con mayor capacidad adictiva que la heroína o la cocaína. A partir de estos momentos aparecen legislaciones restrictivas como el *“Convenio Marco para el control del tabaco”* promovido por la OMS en 2003. En España primero aparece el *“Plan nacional de prevención y control del tabaquismo”* para el período 2003-2007 y posteriormente la *“Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”*. Dicha Ley fue modificada por la *“Ley 42/2010, de 30 de diciembre”*, encaminada a aumentar los espacios libres del humo del tabaco (1).

En el año 2007 el 38% de los españoles estaba expuesto al humo de tabaco, mientras que en el 2012, tras la aplicación de esta ley tan solo el 21% estaba expuesto al humo.

En España según las estadísticas del 2012 fumaba un tercio de la población, con una media de 12 cigarrillos al día, y siendo la edad de inicio en el tabaquismo entorno a los 13,3 años. Además el 50% de los niños está sometido al humo del tabaco en casa (2).

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2006, en España se producen 54.233 muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco. De estas muertes dos tercios son producidas principalmente por cuatro causas: Cáncer de Pulmón (CP) (28,8%),

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (20,0%), cardiopatía isquémica (12,4%) y enfermedad cerebrovascular (8,9%) (4). Además el tabaquismo es la principal causa del 95% de los cánceres de pulmón, del 90% de las bronquitis y del 33% de las enfermedades cardiovasculares (2). El 91% de las muertes ocurren en varones y el 9% en mujeres (4). Un 70% de los fumadores quiere dejar de fumar, pero de los que intentan dejarlo por su cuenta el 80% recaen en menos de 2 meses y tan solo el 3% de estos consigue dejarlo cada año. Hay que destacar que solo un 12% lo intentó con ayuda médica.

Un error grave es considerar que el consumo de tabaco es elección exclusivamente personal. Pero la mayoría de fumadores intenta abandonar el tabaco cuando alcanza plenos conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaco, sin embargo les resulta muy difícil, por el poder de adicción de la nicotina (2). En todo el mundo se realizan esfuerzos para reducir el consumo tabáquico, mediante la regulación de la publicidad, el empaquetado, el aumento del precio del tabaco y los espacios libres de humo (5). Pero pese a esto en España preocupa el número de fumadores cuyas cifras se estabilizan, el número de intentos fallidos, y la exposición de los niños al humo del tabaco. Por lo que es imprescindible que un fumador que desea dejar de fumar tenga acceso a recursos sanitarios y apoyo suficiente para lograr el éxito en el abandono del tabaco. (2).

Las enfermeras de todo el mundo representan el mayor número de profesionales en salud, por lo que tienen la capacidad de dar consejos para dejar de fumar y un enorme potencial para poder reducir el consumo de tabaco, al ser las encargadas de velar por el paciente. Además dentro de su taxonomía de trabajo existe una intervención de enfermería (NIC) específica de este problema: [4490] *Ayuda para dejar de fumar* (6). Pero para poder llevar a cabo esta intervención las enfermeras deben estar equipadas y poder usar estrategias para ayudar a dejar de fumar. Es por ello que es importante realizar una revisión sobre el tema para poder integrar toda la evidencia disponible y ayudar al paciente a dejar de fumar de la forma más eficaz (7).

6. Objetivos

Identificar las intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar en el paciente sano.

Objetivos específicos:

- Conocer las diferentes intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar.
- Indicar cuáles son las intervenciones de enfermería más eficaces para el abandono del hábito de fumar.
- Averiguar cuáles son las intervenciones que producen mejores resultados a largo plazo para el abandono del hábito de fumar.

7. Material y Método

Para la realización de este trabajo, se realizó una búsqueda bibliográfica durante los meses de febrero y marzo del año 2016 con el fin de recoger la información disponible sobre el tema. Para dicha búsqueda se empleó como terminología, los descriptores de ciencias de la salud (DeCS), disponibles en la tabla 1: Estrategia de búsqueda: palabras clave de anexos.

Las búsquedas se realizó consultando las principales bases de datos científicas (Pubmed, Cochane Library, Scielo, Lilacs.es, Trip Data Base, RNAO, Joanna Briggs Conect+, National Guideline Clearinghouse, Cinahl, Guíasalud, Medline, Cuiden plus, y Fistera). Estando disponibles las estrategias de búsqueda en la tabla 2: Búsqueda en bases de datos, de anexos. Además de las fuentes anteriormente mencionadas se consultó una página web perteneciente a un organismo oficial relacionada con el tema como es la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Los criterios de inclusión:

- Tipo de participantes: se buscaron estudios donde los participantes fueran adultos mayores de edad. En esta revisión sistemática se excluyeron aquellos estudios en los que se incluyeran embarazadas, o menores de edad. También se excluyó aquellos estudios que trataran de manera exclusiva a pacientes con patologías o participantes con características especiales o con participantes hospitalizados.
- Tipo de intervención: se buscaron estudios sobre las intervenciones de enfermería como la orientación, el asesoramiento o estrategias para ayudar a las personas a dejar de fumar. Se excluyeron los artículos sobre la prevención del tabaco, y el reclutamiento de los pacientes fumadores. En cuanto a los estudios sobre las medidas farmacológicas solo se incluyeron los que trataban sobre terapias comparadas con alguna técnica propia de enfermería o cuando ambas terapias se complementaban. Se excluyeron los artículos que trataban exclusivamente de medicación para dejar de fumar al no ser una competencia de enfermería. También fueron excluidos los artículos sobre terapias complementarias.
- Tipos de estudios: la búsqueda se centró exclusivamente en revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y meta análisis. Todas ellas disponibles de manera gratuita.

- Años de publicación: los límites búsqueda se limitaron a los últimos 10 años, es decir del 2006 al 2016.
- Idiomas de los artículos: los artículos buscados fueron en inglés, español y portugués.
- Tipo de medidas de resultado: las medidas de resultados fueron el abandono del tabaco, la disminución de su consumo, la prevención de recaídas. Todos ellos con un seguimiento de 6 meses como mínimo.

Calidad de los estudios: la calidad de los estudios se midió mediante una lectura crítica individual de cada artículo. Para las revisiones sistemáticas se usó la plantilla CASPe y para las guías de práctica clínica la plantilla AGREE II. Solo se incluyó los artículos que obtuvieron una puntuación 7 o más en el caso del CASPe y un 70% o más en el caso de las guías de práctica clínica con el AGREE II (8, 9).

El nivel de evidencia y grados de recomendación serán evaluados mediante los niveles de evidencia “the Joanna Briggs Institute” (JBI) y los grados de recomendación de “the Joanna Briggs Institute” (JBI), respectivamente (10).

8. Resultados

Mediante la búsqueda en 15 bases de datos distintas y una página web se obtuvo un total de 466 artículos. A estos 466 artículos se les realizó una lectura del resumen o abstract, con lo que obtuvo tan solo 38 artículos válidos. Los restantes 428 artículos fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión. A continuación se realizó la lectura completa de los artículos. De los 38 artículos solo 22 artículos fueron válidos; los restantes 16 artículos fueron excluidos por:

- 4 de los artículos no cumplían 6 meses o más de seguimiento.
- 2 artículos incluían menores de edad.
- 2 de los artículos incluían embarazadas y menores de edad.
- 1 artículo incluía embarazadas y tenía un seguimiento menor de 6 meses.
- 1 de los artículos no cumplía el criterio para la medida de resultados.
- 2 de los artículos no se encontraron disponibles en su formato completo.
- 4 artículos se encontraban repetidos.

Además dos de los artículos pertenecientes a la Cochrane Library no se encontraron disponibles en formato completo por lo que se decidió utilizar sus versiones anteriores las cuales cumplían los criterios de inclusión. El documento “Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation” del 12 de octubre del 2015 se sustituyó por su versión anterior “Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation” del 12 de diciembre de 2012 y el documento “Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation” del 24 de marzo del 2016 se sustituyó por su versión anterior “Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation” del 17 de octubre del 2012.

De estos 22 artículos 13 correspondían a revisiones sistemáticas, 5 a guías de práctica clínica y 4 documentos de consenso. El siguiente paso consistió en evaluar la calidad de los de los documentos y el rigor de la metodología, mediante las plantillas de lectura crítica CASpe para las revisiones sistemáticas y la plantilla AGREE II para las guías de práctica clínica (8, 9).

Tan solo 2 guías superaron el 70% de puntuación, por lo que las restantes 3 guías de práctica clínica fueron descartadas por no tener una calidad ni una metodología suficientemente clara. En las revisiones sistemáticas se obtuvo una puntuación de 7 y superior en todos los documentos menos en uno. Dichas puntuaciones están disponibles en la tabla 3: Artículos seleccionados, evaluación de calidad, de anexos.

Posteriormente se analizó el nivel de evidencia de las diferentes revisiones sistemáticas, y se obtuvo que 3 revisiones sistemáticas tenían un nivel de evidencia 1a, mientras 7 de ellas consiguieron un nivel de evidencia 1b. Tan solo dos de ellas obtuvieron un nivel de evidencia perteneciente al nivel 2 siendo 2a y 2b. En cuanto al nivel de recomendación todas tienen un grado de recomendación A, al superar los efectos deseables a los efectos indeseables, tener un beneficio en su uso y tener encuentra las preferencias del paciente. Tanto los niveles de evidencia como los grados de recomendación de los distintos artículos se encuentran disponibles en la tabla 4: de evidencias, de anexos.

Por concluir los artículos incluidos en esta revisión bibliográfica consistieron en 18 documentos; 2 pertenecientes a guías de práctica clínica, 12 referentes a revisiones sistemáticas y 4 constituidos por documentos de consenso. Todo este proceso se puede ver en el algoritmo del proceso de selección incluido en anexos.

9. Discusión

Las intervenciones de enfermería para el abandono del tabaco son eficaces al existir evidencias sólidas que lo corroboran. (4, 5, 7, 11-17).

El tratamiento o estrategia más eficaz que la evidencia dispone actualmente para el tratamiento del tabaquismo es la combinación de intervenciones de asesoramientos y medicación, siendo más efectivo que la medicación o el asesoramiento por separado. Por lo que la enfermería cuenta con importante papel en el asesoramiento del abandono del tabaquismo (2, 7, 11-13, 15,16).

Los tipos de estrategias de asesoramiento en función de su intensidad se pueden clasificar en dos. En primer lugar encontramos las intervenciones mínimas o asesoramientos breves. Esta intervención mínima debe ser ofrecida siempre a todos los pacientes fumadores, ya que constituye el primer paso de la intervención o asesoramiento, con independencia de que se derive o no al paciente a una intervención intensiva. Esta modalidad de asesoramiento tiene una duración de 1 a 3 minutos, con un número de sesiones inferior a cuatro. La evidencia indica que esta es una estrategia eficaz, ya que tiene importantes repercusiones en las tasas de abandono del tabaco. Los datos indican que con esta intervención mínima se consigue disminuir el porcentaje de fumadores, al facilitar orientación e información a los pacientes fumadores (2, 4, 5, 7, 11, 13, 16-19).

Pero las diversas evidencias indican que las intervenciones intensivas o el asesoramiento intensivo para el abandono del tabaquismo, son una herramienta mucho más eficaz que el asesoramiento breve. (2., 4, 7, 12-14, 16-19).

Esta estrategia como su nombre indica es mucho más intensa, con una duración recomendada de más de 10 minutos por sesión. Las investigaciones sugieren que aplicadas con una intensidad de cuatro o más sesiones pueden ser especialmente efectivas en el incremento de las tasas de abstinencia. También indican que son apropiadas para todos los fumadores que estén dispuestos a participar en ellas, al no estar ni su efectividad ni su coste-efectividad limitadas a una subpoblación de fumadores. Se comprobado que en el asesoramiento intensivo existe una fuerte asociación entre dosis-respuesta, es decir entre la intensidad de la intervención y el éxito en el abandono, por lo que cuanto más intensa es la intervención, mayor será la tasa de abstinencia. Por ello siempre que sea posible, tendrán prioridad la aplicación las

intervenciones intensivas al ser estas más eficaces que las intervenciones mínimas (2, 4, 5,11-14, 16, 17).

Ambas intervenciones se realizan mediante el protocolo “Preguntar, Asesorar, Ayudar, Preparar” o mediante el protocolo de las “5A” “Averiguar, Asesorar, Apreciar, Ayudar, Arreglar”; ambos protocolos similares. Este protocolo es el elemento central que rigie las intervenciones sobre el tabaquismo, aunque no se deben aplicar con rigidez ni de forma invariable, pues los datos sugieren que las intervenciones realizadas por múltiples profesionales sanitarios son más eficaces que las que se aplican por un único tipo de profesional sanitario. Indicando que un único profesional sanitario no tiene por qué realizar personalmente todas las etapas de la intervención (2, 4, 5, 11, 13, 18, 19).

En cuanto a la dedicación, los resultados han demostrado que las intervenciones realizadas por las enfermeras cuya función principal no es la promoción de la salud o dejar de fumar, han obtenido resultados más débiles que si su función principal fuera esta. Asimismo no se han encontrado pruebas que indiquen el asesoramiento por especialistas entrenados fuese crítico para el éxito (7, 16, 20).

Si se ha hallado una fuerte evidencia de que las intervenciones que se llevan a cabo de múltiples formas o con múltiples componentes, aumentan las tasas de abstinencia por lo que se recomienda su fomento en la práctica habitual. Aunque no están claro que componentes de la intervención son necesarios para producir los resultados deseados (2, 4, 5,11, 14, 19, 21).

Algunas de estas múltiples formas de intervención serian el asesoramiento telefónico proactivo, el asesoramiento en grupo y el asesoramiento individual, las cuales componen formatos efectivos para suministrar el tratamiento del tabaquismo (12-17,19).

Proporcionar retroalimentación fisiológica en forma de espirometría y de niveles de monóxido de carbono como complemento de la intervención de enfermería parecen tener un efecto negativo y poco motivador (16). Tampoco se encontró evidencia de que los materiales de autoayuda produzcan beneficios adicionales con respecto a las intervenciones mínimas. Pero cada vez hay más pruebas que revelan que los materiales adaptados individualmente a los fumadores ya sean impresos o en formato web son más eficaces que ninguna intervención, y más efectivos que los materiales no adaptados (14, 22).

En relación a las terapias complementarias como la acupuntura y la hipnosis las cuales tienen una gran popularidad como tratamiento para dejar de fumar, no se han

encontrado evidencias suficientes que respalden su eficacia (5). Tampoco hay pruebas suficientes para recomendar el ejercicio como una ayuda específica para dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco, aunque hay una fuerte evidencia para recomendar el ejercicio como ayuda para reducir de abstinencia y los antojos (2, 4, 23).

El uso de bases electrónicas de pacientes, de los registros de fumadores y de recordatorios de la abstinencia clínica en tiempo real, permiten que el asesoramiento breve se pueda aplicar más fácilmente, y mejora la aplicación de las intervenciones (11). En cuanto al tratamiento farmacoterapico se ha demostrado que la administración de medicación para dejar de fumar duplica aproximadamente las tasas de abstinencia a largo plazo con respecto a las intervenciones en las que se usaba placebo. Pero las intervenciones no farmacológicas no deberían considerarse menos importantes que el tratamiento basado en fármacos, ya que se ha comprobado que proporcionar apoyo conductual a los fumadores que utilizan medicación para dejar de fumar, aumentará el éxito de los intentos. Siendo actualmente la forma más eficaz de tratamiento para dejar de fumar la combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, al existir sólidas evidencias que lo apoyan (2, 4, 5, 7, 12, 13, 15-17).

De los distintos tipos de asesoramientos y terapias conductuales, dos tipos se asocian a mayores tasas de abstinencia; el proporcionar asesoramiento práctico (resolución de situaciones de alto riesgo/formación en habilidades) y proporcionar soporte y estímulo (2, 4, 14, 15, 18, 19). En cuanto a las intervenciones en el lugar de trabajo los resultados fueron heterogéneos mostrando resultados similares siendo ofrecidas en el lugar de trabajo o en otro lugar (24).

En los pacientes que no están preparados para intentar dejar de fumar en ese momento, la evidencia indica que se debe emplear una intervención motivacional breve basada en los principios de la entrevista motivacional. Esta es eficaz en el aumento de los futuros intentos de abandono, al poseer un mayor efecto para motivar el abandono del tabaquismo que la atención habitual o el consejo breve (2, 4, 5, 11,14,)

La entrevista motivacional es una intervención de asesoramiento directo y centrada en el paciente, encaminada a estimular la motivación para el abandono, fomentando el cambio conductual al analizar, ayudar, y resolver las ambivalencias, informar de los efectos nocivos del tabaco y de los beneficios del abandono, y calmar el temor o inquietud sobre el abandono, o la desmoralización por recaídas previas (2, 4, 14).

Esta se realiza mediante la “charla para el cambio” y un “lenguaje de compromiso”, y la evidencia apunta a que pedir a los pacientes que usen sus propias palabras para

comprometerse a cambiar es más efectivo que las advertencias, charlas, o argumentos de los profesionales, los cuales tienden a incrementar, y no a reducir, la resistencia del paciente al cambio (11, 5).

En el proceso de la entrevista motivacional la evidencia indica una mayor eficacia en las sesiones cortas de menos de 20 minutos con respecto a las de mayor duración. La evidencia también sugiere que el número óptimo de llamadas de seguimiento es entre 1-2 llamas (5, 11, 20). Sin embargo no está claro que la entrevista motivacional incremente la abstinencia en los pacientes motivados para dejar de fumar (11).

Con respecto a las recaídas, los fumadores se enfrentan a un alto riesgo de recaída, siendo la mayoría al principio del proceso de abandono, aunque algunas recaídas ocurren meses o años después del abandono del tabaco (11, 5). Para evitar las recaídas es muy importante el asesoramiento práctico, donde se le enseña al paciente técnicas de resolución de problemas y formación en habilidades, justo con el apoyo social durante el tratamiento. Ambas técnicas se asocian a un incremento significativo de las tasas de abstinencia. Si se trata de fumadores que han abandonado recientemente el tabaco es importante reforzar los beneficios del abandono, e identificar y resolver las situaciones de tentación o de alto riesgo (2, 4, 5, 11). Así mismo se debe reconocer el éxito del paciente en el abandono, y se le debe estimular e insistir para que se mantenga abstinentes (2, 4, 18). Los datos sugieren que las cartas personalizadas y las llamadas de seguimiento puede disminuir la posibilidad de recaída (5, 11).

Durante todo el tratamiento y durante vistas posteriores a su finalización siempre hay que evaluar que continúe abstinentes. Si se produjera una recaída se evaluara al paciente para determinar si está preparado para hacer otro intento de abandono (2, 11, 18).

Teniendo en cuenta que cuantos más intentos haya realizado una persona para dejar de fumar más posibilidades tiene de conseguirlo en un futuro, ya que todas las experiencias de los intentos anteriores son útiles y pueden servir de base para conseguirlo más adelante (5).

Sesgos del proceso de revisión

Durante la búsqueda hubo tres documentos que no pudieron ser encontrados en su formato completo por lo que no pudieron ser incluidos en esta revisión bibliográfica. La lectura crítica de los artículos fue realizada por un único lector, con el consiguiente riesgo de sesgo.

Evidencia y taxonomía del trabajo enfermero

Dentro de la taxonomía de trabajo de la enfermería existe una intervención de enfermería (NIC) destinada a ayudar a los pacientes a abandonar el tabaquismo. Esta intervención es la “[4490] *Ayuda para dejar de fumar*” (6).

Al analizar las actividades que constituyen esta intervención se observa que la mayoría de las recomendaciones encontradas están incluidas en las actividades. Las principales intervenciones para ayudar a dejar de fumar, como el protocolo de las 5A y la entrevista motivacional no se encuentran descrito como tal cual, pero sus pasos están incluidos en forma de actividades. Sin embargo estos no están colocados por orden del proceso, con lo que podría llevar a confusión a la hora de realizar las actividades. Una de las actividades de esta intervención es la de “*Apoyar al paciente con métodos de autoayuda*”, pero según la evidencia estos materiales de autoayuda solo producen beneficios adicionales si se trata de material adaptado individualmente al fumador. Por lo que se sugiere la adaptación a “*apoyar al paciente con métodos de autoayuda adaptados individualmente*”. También existen evidencias de que usar el ejercicio ayuda reducir la ansiedad y los antojos producidos por la abstinencia por lo que podría introducirse como una recomendación. Otras evidencias indican que el uso de cartas personalizadas que fomenten la continuación de la abstinencia generan grades beneficios, por lo que se podrían incorporar como una actividad de dicha intervención junto con las llamadas de seguimiento.

Para poder medir los resultados de esta intervención y sus actividades existe dentro de la taxonomía de trabajo de la enfermería dos criterios de resultados (NOC), constituidos por ” [1625] conducta de abandono del consumo de tabaco” y “[1906] control del riesgo: consumo de tabaco”. Mediante sus indicadores de resultados nos permite evaluar el grado de cumplimiento de nuestros objetivos. Dichas taxonomías (NIC) y (NOC), se encuentran disponibles en anexos en el apartado taxonomía.

10. Conclusión

La evidencia deja claro que las intervenciones de enfermería para ayudar a dejar de fumar son eficaces.

La estrategia más efectiva para tratamiento del tabaco actualmente es la combinación de asesoramiento y medicación, siendo más eficaz que la medicación o el asesoramiento solos.

El asesoramiento intensivo es más efectivo que el asesoramiento mínimo, por lo que siempre que sea posible se debe utilizar. Además esta intervención es mucho más eficaz cuando es realizada por múltiples profesionales y mediante múltiples procedimientos. Se obtiene un mejor resultado en los casos que las enfermeras realizan intervenciones de promoción de la salud o de dejar de fumar como función principal, independientemente de si son especialistas entrenados en el abandono tabáquico.

No se han encontrado evidencias de que los materiales de autoayuda, la retroalimentación fisiológica, la acupuntura y la hipnosis ayuden a dejar de fumar. Sin embargo si se encontraron evidencias de que tanto el asesoramiento telefónico proactivo, el asesoramiento en grupo y el asesoramiento individual, son formas efectivas para el tratamiento del tabaquismo. Dentro de los tipos de asesoramiento y terapias conductuales dos de ellas se asocian con una mayor abstinencia siendo el asesoramiento práctico y el proporcionar soporte y estímulo. También resulta útil durante el proceso reforzar los beneficios del abandono, identificar y resolver las situaciones de tentación o de alto riesgo, reconocer el éxito del paciente en el abandono y el uso de llamadas de seguimiento y de cartas personalizadas.

En los pacientes que no están preparados para abandonar el tabaco en ese momento el procedimiento que da mejores resultados es la entrevista motivacional breve. La cual tiene mejores resultados cuando el paciente usa sus propias palabras para comprometerse al cambio, se realiza en sesiones cortas de menos de 20 minutos y se realiza entre 1-2 llamadas de seguimiento.

A partir de esta revisión también se sugiere que dentro de la taxonomía de intervenciones de enfermería, el (NIC) “[4490] *Ayuda para dejar de fumar*” debería de tener algunas modificaciones en sus actividades, para poder mejorar la práctica enfermera.

11. Bibliografía

1. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Tratado de tabaquismo. [Internet]. 3 ed. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L; 2011. [Consultado 25 Feb 2016]. Disponible en: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/60017244/Varios/Tratado%20de%20tabaquismo.%203ra%20edici%C3%B3n.pdf>
2. Solano Reina S, Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, editores. SEPAR. Manual de Tabaquismo. [Internet]. 3 ed. Madrid: Elsevier Masson; 2012. [Consultado 25 Feb 2016]. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/manual_tabaquismo_3____edicion
3. Chaney SE, Sheriff S. Evidence-based treatments for smoking cessation. Nurse Pract. 2012 Apr [Consultado 25 Feb 2016]; 37(4):24-31. Disponible en: http://journals.lww.com/tnpj/Fulltext/2012/04000/Evidence_based_treatments_for_smoking_cessation.7.aspx
4. Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. [Internet]. 4 ed. Madrid: Ediciones Médicas, S.L; 2009. [Consultado 25 feb 2016]. Disponible en: http://www.namfyc.es/cursos/tabaco/Manual_Tabaquismo_Pfizer_09.pdf
5. Virani T, McConnell H, Mayo S, Chee J, Burris J, Burke JM. Integrar el abandono de fumar en la práctica diaria enfermera. [Internet]. Registered Nurses' Association of Ontario. Nursing Best Practice Guidelines Program. 2007. [Consultado 26 Feb 2016 2016]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/IntegrarAbadondonoFumar_022014.pdf
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta Edición. Barcelona. Elsevier España S.L. 2014.

7. Rice VH, Hartmann J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD001188. [Consultado 14 Mar 2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub4/epdf>
8. Cabello, J.B. por CASpe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. [Internet]. En: CASpe. Guías CASpe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASpe; 2005. Cuaderno I. p.13-17. [Consultado 30 Mar 2016]. Disponible en: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=
9. GuíaSalud, traductor. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de Práctica Clínica [internet]; 2009.[Consultado 30 Mar 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
10. The Joanna Briggs Institute. The JBI Approach. Levels Of Evidence [Internet]. [Consultado 30 Mar 2016] Disponible en: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>
11. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. [Internet]. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010. [Consultado 25 Feb 2016]. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/guia_tratamiento_tabaquismo_v_espanola
12. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858. CD008286.pub2. [Consultado 14 Mar 2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008286.pub2/pdf>

13. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4. [Consultado 14 Mar 2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub4/epdf>
14. Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. [Internet]. Salud Pública Mex: 2013 Abr [Consultado 20 Mar 2016]; 55(2):196-206. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n2/v55n2a12.pdf>
15. Stead LF, Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD009670. DOI:10.1002/14651858.CD009670.pub2. [Consultado 14 Mar 2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009670.pub2/epdf>
16. Rice V. Nursing intervention and smoking cessation: meta-analysis update. Heart Lung; 2006 May 35(3): 147-63.
17. Lemmens V, Oenema A, Knut I, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews. [Internet]. Eur J Cancer Prev; 2008, Nov. [Consultado 22 Mar 2016]; 17(6): 535-44.
18. Higes Martínez EV, Perera López L, Coordinadoras. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Módulo 32 [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2015. [Consultado 25 Feb 2016]. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/manual_32
19. Ramos A, Mayayo ML, Coordinadoras. Abordaje del Tabaquismo. [Internet]. Manual SEPAR de Procedimientos de Calidad Asistencial y Comité de Formación y Docencia de SEPAR. Sociedad española de neumología y cirugía torácica (SEPAR). 2007. [Consultado 25 Feb 2016]. Disponible en:

<https://issuu.com/separ/docs/procedimientos13?e=3049452/2562848>

20. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3. [Consultado 14 Mar 2016]. Disponible

en:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/epdf>

21. Papadakis S, McDonald P, Mullen KA, Reid R, Skulsky K, Pipe A. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2010 Sep-Oct; 51(3-4):199-213.

22. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3. [Consultado 14 Mar 2016]. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001118.pub3/epdf>

23. Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GEJ. Exercise interventions for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5. [Consultado 14 Mar 2016].

Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002295.pub5/epdf>

24. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. [Consultado 14 Mar 2016]. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003440.pub4/epdf>

12. Anexos

12.1 Tabla 1. : Estrategia de búsqueda: palabras clave

	Palabra “Natural”	DECS	MeSH
Paciente	Fumar Tabaco Tabaquismo	Hábito de Fumar Tabaco Tabaquismo	Smoking Tabacco
Intervención	Prevención y control Atención primaria Enfermera	Prevención & control Atención Primaria de Salud Enfermería	Prevention & control Primary Health Care Nursing
Resultado	Dejar de fumar Cese del Uso de Tabaco Tabaquismo	Cese del Uso de Tabaco Cese del Tabaquismo/métodos Cese del Tabaquismo	Tobacco Use Cessation Smoking Cessation*/methods Smoking Cessation

12.2 Tabla 2: Búsqueda en bases de datos.

Fecha	BASE DE DATOS	Combinación DECS-MESH	Selección / Resultados	Validos
27/2/16	PUBMED	Search "Nursing"[Mesh] AND "Tobacco Use Cessation"[Mesh] Filters: Practice Guideline; Meta-Analysis; Systematic Reviews; published in the last 10 years; Humans; Spanish; Portuguese; English	24	0
		Search "Smoking Cessation*/methods"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh] Filters: Practice Guideline; Systematic Reviews; Meta-Analysis; published in the last 10 years; Humans; English; Portuguese; Spanish	18	1
14/3/16	COCHRANE LIBRARY	Smoking Cessation Publication Year from 2006 to 2016, in Cochrane Reviews (Reviews only), with Tobacco Addiction Group in Review Groups	52	8
20/3/16	SCIELO	Smoking Cessation.	36	1
12/3/16	LILACS ES	Smoking. Filter: Practice Guideline; Systematic Reviews.	15	0
13/3/16	TRIP DATA BASE	Smoking cessation and nursing and prevention and control. Filters: Systematic Reviews.	105	0
26/2/16	RNAO	Smoking. Filter: Practice Guideline	3	0
		Smoking. Filter: BPG Translations	2	1
18/3/16	JOANA BRIGGS CONECT+	Smoking. Filter: Practice Guideline; Systematic Reviews.	3	0
28/2/16	NGC, National	Smoking Cessation and Tobacco Use Cessation and nursing. Age of Target Population: Adult (19 to 44 years), Aged (65 to 79 years), Aged, 80 and over, Middle Age (45 to 64 years). Guideline Category: Assessment of Therapeutic Effectiveness, Counseling,	45	0

Fecha	BASE DE DATOS	Combinación DECS-MESH	Selección / Resultados	Validos
	Guideline Clearinghouse	Management, Treatment. Intended Users: Advanced Practice Nurses, Nurses. Methods Used to Analyze the Evidence: Meta-Analysis, Systematic Review. Publication Year: 2006, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 2015.		
22/3/16	CINAHL	Smoking cessation Date: 2006-2016. Publication Type: Meta Analysis Practice Guidelines, Systematic Review. Age Groups: all adult .Language: English, Portuguese, Spanish	76	1
27/2/16	GUIASALUD	Tabaco	7	0
20/3/16	MEDLINE	Smoking AND nursing. Date: 2006-2016. Age Related: All Adult: 19+ years. Subject Subset: Systematic Reviews. Publication Type: Meta-Analysis, Practice Guideline, Review Language: English, Portuguese, Spanish	29	1
20/3/16	IBECS	Smoking Cessation. Filter: Practice Guideline; Systematic Reviews. Language: English, Portuguese, Spanish	6	0
19/3/16	CUIDEN plus	Enfermeria and tabaquismo. Filtro: revision.	22	0
19/3/16	FISTERRAE	smoking cessation	2	0
25/2/16	SEPAR	web: https://sites.google.com/a/separ.es/separ/areas/tabaquismo/documentos_tabaquismo	21	5

12.3 Tabla 3: Artículos seleccionados, evaluación de calidad.

Referencia bibliográfica	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad/ l. crítica
	PUBMED		
Schultz AS, Bottorff JL, McKeown SB. Nurses' use of qualitative research approaches to investigate tobacco use and control. Annu Rev Nurs Res. 2009; 27:115-44. Review. PubMed PMID: 20192102.	<p>Qualitative research methods are increasingly used by nurse scientists to explore a wide variety of topics relevant to practice and/or health policy issues. The purpose of this chapter is to review the contributions of nurse scientists to the field of tobacco control through the use of qualitative research methods. A systematic literature search strategy was used to identify 51 articles published between 1980 and 2008. The majority (84%) of reviewed articles were authored by North American nurse scientists. Cessation was the most commonly (85%) studied aspect of tobacco control. Six qualitative research approaches were used: qualitative descriptive (55%), narrative analysis (8%), phenomenology (6%), grounded theory (14%), ethnography (12%), and case study (6%). Qualitative descriptive methods were primarily one-off studies to address practical problems or issues encountered in practice, and often validated current understandings related to tobacco. Researchers who used other types of qualitative methods and who conducted qualitative studies as part of programs of research were more likely to make more substantive contributions to the evolving field of tobacco control. These contributions related to how smoking intertwines with personal and social identities, the influence of social context on tobacco use, and nurses' involvement in tobacco control (both of their own tobacco use and in assisting others). Nurse scientists interested in exploring tobacco-related issues are encouraged to consider the full range of qualitative research approaches. Qualitative research methods contribute to our understanding of tobacco use arising from nursing practice, health care and policy, along with the field of tobacco control in general.</p> <p>Disponible en: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9f5d1aa-af78-46ab-</p>	<i>Parece útil pero No cumple los criterios de inclusión</i>	

	8019-830099988e80%40sessionmgr113&vid=1&hid=125		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Giarelli E. Smoking cessation for women: evidence of the effectiveness of nursing interventions. Clin J Oncol Nurs. 2006 Oct; 10(5):667-71. Review. PubMed PMID: 17063619.</p>	<p>Background: The college years are a critical time in the development of smoking behavior and tobacco use. Smoking is linked to 30% of cancer deaths, 80% of deaths from chronic obstructive pulmonary disease, and early cardiovascular disease and death. Effective cessation interventions at this time provide an opportunity to drastically reduce premature morbidity and mortality. Aims: To review available evidence on Internet interventions with young adults, including methodology, theoretical frameworks and outcome measures for tobacco treatment to guide the development of a program in college health. Methods: A comprehensive literature search for studies published from January 1999 to February 2011, in multiple databases was conducted, along with hand-searching of reference lists. Inclusion criteria were: participants aged 18–30 years; intervention involved the Internet through either Web sites or e-mail or texting, and outcome measurement of tobacco cessation/abstinence. Studies were evaluated utilizing a tool synthesized from guidelines presented by the Cochrane Collaboration. Findings: Eight studies met the inclusion criteria (four randomized controlled trials, four cohort studies). Theoretical frameworks utilized were the Transtheoretical Model of Change, Health Belief Model, Theory of Social Support, and social cognitive theory. Interventions varied and included computer-generated advice letters, Web-based cessation guides, computer-generated text messages, and peer e-mail support. With smoking abstinence as the primary outcome measure, there was a statistically significant improvement in quit rates. Because of the use of multiple components, differences in interventions and the number of contacts, it is not clear what types of computer-based applications are most effective. Small sample sizes, lack of control groups, and inconsistency in outcome measures limit the ability to provide conclusive evidence to support these interventions—but support the feasibility to use in the design of future programs. Conclusions: Use of technology-based interventions, such as the Internet, may be an effective tool for tobacco treatment interventions, especially with college students. There is great potential to reach large numbers of students, many who may not identify themselves as smokers or seek traditional methods for treatment. Additional research is needed to determine which technologybased interventions are most effective and to provide more conclusive evidence.</p>	<i>Parece útil</i>	<p>Nota CASpe: 6</p>

	Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17063619		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Brown J. A review of the evidence on technology-based interventions for the treatment of tobacco dependence in college health. Worldviews Evid Based Nurs. 2013 Aug; 10(3):150-62. doi: 10.1111/wvn.12000. Epub 2013 Feb 19. Review. PubMed PMID: 23421669.</p>	<p>BACKGROUND: The college years are a critical time in the development of smoking behavior and tobacco use. Smoking is linked to 30% of cancer deaths, 80% of deaths from chronic obstructive pulmonary disease, and early cardiovascular disease and death. Effective cessation interventions at this time provide an opportunity to drastically reduce premature morbidity and mortality. AIMS: To review available evidence on Internet interventions with young adults, including methodology, theoretical frameworks and outcome measures for tobacco treatment to guide the development of a program in college health. METHODS: A comprehensive literature search for studies published from January 1999 to February 2011, in multiple databases was conducted, along with hand-searching of reference lists. Inclusion criteria were: participants aged 18-30 years, intervention involved the Internet through either Web sites or e-mail or texting, and outcome measurement of tobacco cessation/abstinence. Studies were evaluated utilizing a tool synthesized from guidelines presented by the Cochrane Collaboration. FINDINGS: Eight studies met the inclusion criteria (four randomized controlled trials, four cohort studies). Theoretical frameworks utilized were the Transtheoretical Model of Change, Health Belief Model, Theory of Social Support, and social cognitive theory. Interventions varied and included computer-generated advice letters, Web-based cessation guides, computer-generated text messages, and peer e-mail support. With smoking abstinence as the primary outcome measure, there was a statistically significant improvement in quit rates. Because of the use of multiple components, differences in interventions and the number of contacts, it is not clear what types of computer-based applications are most effective. Small sample sizes, lack of control groups, and inconsistency in outcome measures limit the ability to provide conclusive evidence to support these interventions-but support the feasibility to use in the design of future programs. CONCLUSIONS: Use of technology-based interventions, such as the Internet, may be an effective tool for tobacco treatment interventions, especially with college students. There is great potential to reach large numbers of students, many who may not identify themselves as smokers or seek traditional methods for treatment. Additional research is needed to determine which technology-based interventions are most effective and to provide more conclusive</p>	<p><i>Parece útil</i></p> <p><i>No cumple los criterios de inclusión</i></p>	

	evidence. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12000/full		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Papadakis S, McDonald P, Mullen KA, Reid R, Skulsky K, Pipe A. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2010 Sep-Oct; 51(3-4):199-213.	OBJECTIVES: A systematic review and meta-analysis was conducted to evaluate evidence-based strategies for increasing the delivery of smoking cessation treatments in primary care clinics. METHODS: The review included studies published before January 1, 2009. The pooled odds-ratio (OR) was calculated for intervention group versus control group for practitioner performance for "5As" delivery and smoking abstinence. Multi-component interventions were defined as interventions which combined two or more intervention strategies. RESULTS: Thirty-seven trials met eligibility criteria. Evidence from multiple large-scale trials was found to support the efficacy of multi-component interventions in increasing "5As" delivery. The pooled OR for multi-component interventions compared to control was 1.79 [95% CI 1.6-2.1] for "ask", 1.6 [95% CI 1.4-1.8] for "advice", 9.3 [95% CI 6.8-12.8] for "assist" (quit date) and 3.5 [95% CI 2.8-4.2] for "assist" (prescribe medications). Evidence was also found to support the value of practice-level interventions in increasing 5As delivery. Adjunct counseling [OR 1.7; 95% CI 1.5-2.0] and multi-component interventions [OR 2.2; 95% CI 1.7-2.8] were found to significantly increase smoking abstinence. CONCLUSION: Multi-component interventions improve smoking outcomes in primary care settings. Future trials should attempt to isolate which components of multi-component interventions are required to optimize cost-effectiveness.	<i>Parece útil</i>	Nota CASpe: 8,5

	COCHRANE LIBRARY		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub4 . [Consultado 14 Mar 2016].</p>	<p>Background: The workplace has potential as a setting through which large groups of people can be reached to encourage smoking cessation. Objectives: 1. To categorize workplace interventions for smoking cessation tested in controlled studies and to determine the extent to which they help workers to stop smoking. 2. To collect and evaluate data on costs and cost effectiveness associated with workplace interventions. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register (July 2013), MEDLINE (1966 - July 2013), EMBASE (1985 - June 2013), and PsycINFO (to June 2013), amongst others. We searched abstracts from international conferences on tobacco and the bibliographies of identified studies and reviews for additional references. Selection criteria: We selected interventions conducted in the workplace to promote smoking cessation. We included only randomized and quasi-randomized controlled trials allocating individuals, workplaces, or companies to intervention or control conditions. Data collection and analysis: One author extracted information relating to the characteristics and content of all kinds of interventions, participants, outcomes and methods of the studies, and a second author checked them. For this update we have conducted meta-analyses of the main interventions, using the generic inverse variance method to generate odds ratios and 95% confidence intervals. Main results: We include 57 studies (61 comparisons) in this updated review. We found 31 studies of workplace interventions aimed at individual workers, covering group therapy, individual counselling, self-help materials, nicotine replacement therapy, and social support, and 30 studies testing interventions applied to the workplace as a whole, i.e. environmental cues, incentives, and comprehensive programmes. The trials were generally of moderate to high quality, with results that were consistent with those found in other settings. Group therapy programmes (odds ratio (OR) for cessation 1.71, 95% confidence interval (CI) 1.05 to 2.80; eight trials, 1309 participants), individual counselling (OR 1.96, 95% CI 1.51 to 2.54; eight trials, 3516 participants), pharmacotherapies (OR 1.98, 95% CI 1.26 to 3.11; five trials, 1092 participants), and multiple intervention programmes aimed mainly or solely at smoking cessation (OR 1.55, 95% CI 1.13 to 2.13; six trials, 5018 participants) all increased cessation rates in comparison to no treatment or minimal intervention controls. Self-help materials were less effective (OR 1.16, 95% CI 0.74 to 1.82; six trials, 1906 participants), and two</p>	<p><i>Parece útil</i></p>	<p>Nota CASpe:</p> <p>9</p>

	<p>relapse prevention programmes (484 participants) did not help to sustain long-term abstinence. Incentives did not appear to improve the odds of quitting, apart from one study which found a sustained positive benefit. There was a lack of evidence that comprehensive programmes targeting multiple risk factors reduced the prevalence of smoking. Authors' conclusions: 1. We found strong evidence that some interventions directed towards individual smokers increase the likelihood of quitting smoking. These include individual and group counselling, pharmacological treatment to overcome nicotine addiction, and multiple interventions targeting smoking cessation as the primary or only outcome. All these interventions show similar effects whether offered in the workplace or elsewhere. Self-help interventions and social support are less effective. Although people taking up these interventions are more likely to stop, the absolute numbers who quit are low. We failed to detect an effect of comprehensive programmes targeting multiple risk factors in reducing the prevalence of smoking, although this finding was not based on meta-analysed data. There was limited evidence that participation in programmes can be increased by competitions and incentives organized by the employer, although one trial demonstrated a sustained effect of financial rewards for attending a smoking cessation course and for long-term quitting. Further research is needed to establish which components of this trial contributed to the improvement in success rates. Further research would be valuable in low-income and developing countries, where high rates of smoking prevail and smoke-free legislation is not widely accepted or enforced.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003440.pub4/epdf</p>		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GEJ. Exercise interventions for smoking cessation. [Internet].</p>	<p>Background. Taking regular exercise may help people give up smoking by moderating nicotine withdrawal and cravings, and by helping to manage weight gain. Objectives: To determine whether exercise-based interventions alone, or combined with a smoking cessation programme, are more effective than a smoking cessation intervention alone. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register in April 2014, and searched MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, and CINAHL Plus in May 2014. Selection criteria: We included randomized trials which compared an exercise programme alone, or an exercise programme as an adjunct to a cessation programme, with a cessation programme (which we considered the control in this</p>		

<p>Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5 . [Consultado 14 Mar 2016].</p>	<p>review). Studies were required to recruit smokers or recent quitters and have a follow-up of six months or more. Studies that did not meet the full inclusion criteria because they only assessed the acute effects of exercise on smoking behaviour, or because the outcome was smoking reduction, are summarised but not formally included. Data collection and analysis: We extracted data on study characteristics and smoking outcomes. Because of differences between studies in the characteristics of the interventions used we summarized the results narratively, making no attempt at meta-analysis. We assessed risk of selection and attrition bias using standard methodological procedures expected by The Cochrane Collaboration. Main results: We identified 20 trials with a total of 5,870 participants. The largest study was an internet trial with 2,318 participants, and eight trials had fewer than 30 people in each treatment arm. Studies varied in the timing and intensity of the smoking cessation and exercise programmes offered. Only one included study was judged to be at low risk of bias across all domains assessed. Four studies showed significantly higher abstinence rates in a physically active group versus a control group at end of treatment. One of these studies also showed a significant benefit for exercise versus control on abstinence at the three-month follow-up and a benefit for exercise of borderline significance ($p = 0.05$) at the 12-month follow-up. Another study reported significantly higher abstinence rates at six month follow-up for a combined exercise and smoking cessation programme compared with brief smoking cessation advice. One study showed significantly higher abstinence rates for the exercise group versus a control group at the three-month follow-up but not at the end of treatment or 12-month follow-up. The other studies showed no significant effect for exercise on abstinence. Authors' conclusions: Only two of the 20 trials offered evidence for exercise aiding smoking cessation in the long term. All the other trials were too small to reliably exclude an effect of intervention, or included an exercise intervention which may not have been sufficiently intense to achieve the desired level of exercise. Trials are needed with larger sample sizes, sufficiently intense interventions in terms of both exercise intensity and intensity of support being provided, equal contact control conditions, and measures of exercise adherence and change in physical activity in both exercise and comparison groups.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002295.pub5/epdf</p>	<p><i>Parece útil</i></p>	<p>Nota CASpe:</p> <p>10</p>
---	---	----------------------------------	--

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Rice VH, Hartmann J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD001188. [Consultado 14 Mar 2016].</p>	<p>Background: Healthcare professionals, including nurses, frequently advise people to improve their health by stopping smoking. Such advice may be brief, or part of more intensive interventions. Objectives: To determine the effectiveness of nursing-delivered smoking cessation interventions. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group specialized Register and CINAHL in June 2013. Selection criteria: Randomized trials of smoking cessation interventions delivered by nurses or health visitors with follow-up of at least six months. Data collection and analysis: Two authors extracted data independently. The main outcome measure was abstinence from smoking after at least six months of follow-up. We used the most rigorous definition of abstinence for each trial, and biochemically validated rates if available. Where statistically and clinically appropriate, we pooled studies using a Mantel-Haenszel fixed-effect model and reported the outcome as a risk ratio (RR) with a 95% confidence interval (CI). Main results: Forty-nine studies met the inclusion criteria. Pooling 35 studies (over 17,000 participants) comparing a nursing intervention to a control or to usual care, we found the intervention to increase the likelihood of quitting (RR 1.29; 95% CI 1.20 to 1.39). In a subgroup analysis the estimated effect size was similar for the group of seven studies using a particularly low intensity intervention but the confidence interval was wider. There was limited indirect evidence that interventions were more effective for hospital inpatients with cardiovascular disease than for inpatients with other conditions. Interventions in non-hospitalized adults also showed evidence of benefit. Eleven studies comparing different nurse-delivered interventions failed to detect significant benefit from using additional components. Six studies of nurse counselling on smoking cessation during a screening health check or as part of multifactorial secondary prevention in general practice (not included in the main meta-analysis) found nursing intervention to have less effect under these conditions. Authors' conclusions: The results indicate the potential benefits of smoking cessation advice and/or counselling given by nurses, with reasonable evidence that intervention is effective. The evidence for an effect is weaker when interventions are brief and are provided by nurses whose main role is not health promotion or smoking cessation. The challenge will be to incorporate smoking behaviour monitoring and smoking cessation interventions as part of standard practice so that all patients are given an opportunity to be asked about their tobacco use and to be given advice and/or counselling</p>	<p><i>Parece útil</i></p>	<p>Nota CASpe:</p> <p>10</p>

	to quit along with reinforcement and follow-up. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub4/epdf		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Stead LF, Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD009670. DOI:10.1002/14651858.CD009670.pub2. [Consultado 14 Mar 2016].	Background: Effective pharmacotherapies are available to help people, who are trying to stop smoking, but quitting can still be difficult and providing higher levels of behavioural support may increase success rates further. Objectives: To evaluate the effect of increasing the intensity of behavioural support for people using smoking cessation medications, and to assess whether there are different effects depending on the type of pharmacotherapy, or the amount of support in each condition. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group Specialised Register in July 2012 for records with any mention of pharmacotherapy, including any type of NRT, bupropion, nortriptyline or varenicline that evaluated the addition of personal support or compared two or more intensities of behavioural support. Selection criteria: Randomized or quasi-randomized controlled trials in which all participants received pharmacotherapy for smoking cessation and conditions differed by the amount of behavioural support. Controls could receive less intensive personal contact, or just written information. We did not include studies that used a contact matched control to evaluate differences between types or components of support. We excluded trials recruiting only pregnant women, trials recruiting only adolescents, and trials with less than six months follow-up. Data collection and analysis: Search results were prescreened by one author and inclusion or exclusion of potentially relevant trials was agreed by both authors. Data were extracted by one author and checked by the other. The main outcome measure was abstinence from smoking after at least six months of follow-up. We used the most rigorous definition of abstinence for each trial, and biochemically validated rates if available. We calculated the risk ratio (RR) and 95% confidence interval (CI) for each study. Where appropriate, we performed meta-analysis using a Mantel-Haenszel fixed-effect model. Main results: Thirty-eight studies met the inclusion criteria with over 15,000 participants in the relevant arms. There was very little evidence of statistical heterogeneity ($I^2 = 3\%$) so all studies were pooled in the main analysis. There was evidence of a small but statistically significant benefit from more intensive support (RR 1.16, 95% CI 1.09 to 1.24) for abstinence at longest follow-up. All but two of the included studies provided	<i>Parece útil</i>	Nota CASpe: 10

	<p>four or more sessions of support. Most trials used nicotine replacement therapy. Significant effects were not detected for studies where the pharmacotherapy was nortriptyline (two trials) or varenicline (one trial), but this reflects the absence of evidence. In subgroup analyses, studies that provided at least four sessions of personal contact for the intervention and no personal contact for the control had slightly larger effects (six trials, RR 1.25, 95% CI 1.08 to 1.45), as did studies where all intervention counselling was via telephone (six trials, RR 1.28, 95% CI 1.17 to 1.41). Weaker evidence for a benefit of providing additional behavioural support was seen in the trials where all participants, including those in the control condition, had at least 30 minutes of personal contact (18 trials, RR 1.11, 95% CI 0.99 to 1.25). None of the differences between subgroups were significant, and the last two subgroup analyses were not prespecified. No trials were judged at high risk of bias on any domain. Authors' conclusions: Providing behavioural support in person or via telephone for people using pharmacotherapy to stop smoking has a small but important effect. Increasing the amount of behavioural support is likely to increase the chance of success by about 10 to 25%, based on a pooled estimate from 38 trials. A subgroup analysis of a small number of trials suggests the benefit could be a little greater when the contrast is between a no contact control and a behavioural intervention that provides at least four sessions of contact. Subgroup analysis also suggests that there may be a smaller incremental benefit from providing even more intensive support via more or longer sessions over and above some personal contact.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009670.pub2/epdf</p>		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Stead LF, Lancaster T.</p> <p>Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking</p>	<p>Background: Both behavioural support (including brief advice and counselling) and pharmacotherapies (including nicotine replacement therapy (NRT), varenicline and bupropion) are effective in helping people to stop smoking. Combining both treatment approaches is recommended where possible, but the size of the treatment effect with different combinations and in different settings and populations is unclear. Objectives: To assess the effect of combining behavioural support and medication to aid smoking cessation compared to a minimal intervention or usual care, and to identify whether there are different effects depending on characteristics of the treatment setting, intervention, population treated, or take-up of treatment. Search methods: We searched the</p>		

<p>cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/1465185 8. CD008286.pub2. [Consultado 14 Mar 2016].</p>	<p>Cochrane Tobacco Addiction Group Specialised Register in July 2012 for records with any mention of pharmacotherapy, including any type of NRT, bupropion, nortriptyline or varenicline. Selection criteria: Randomized or quasi-randomized controlled trials evaluating combinations of pharmacotherapy and behavioural support for smoking cessation, compared to a control receiving usual care or brief advice or less intensive behavioural support. We excluded trials recruiting only pregnant women, trials recruiting only adolescents, and trials with less than six months follow-up. Data collection and analysis: Search results were prescreened by one author and inclusion or exclusion of potentially relevant trials was agreed by both authors. Data was extracted by one author and checked by the other. The main outcome measure was abstinence from smoking after at least six months of follow-up. We used the most rigorous definition of abstinence for each trial, and biochemically validated rates if available. We calculated the risk ratio (RR) and 95% confidence interval (CI) for each study. Where appropriate, we performed meta-analysis using a Mantel-Haenszel fixed-effect model. Main results: Forty-one studies with a total of more than 20,000 participants met the inclusion criteria. A large proportion of studies recruited people in healthcare settings or with specific health needs. Most studies provided NRT. Behavioural support was typically provided by specialists in cessation counselling, who offered between four and eight contact sessions. The planned maximum duration of contact was typically more than 30 minutes but less than 300 minutes. Overall, studies were at low or unclear risk of bias, and findings were not sensitive to the exclusion of any of the three studies rated at high risk of bias in one domain. One large study (the Lung Health Study) contributed heterogeneity due to a substantially larger treatment effect than seen in other studies (RR 3.88, 95% CI 3.35 to 4.50). Since this study used a particularly intensive intervention which included extended availability of nicotine gum, multiple group sessions and long term maintenance and recycling contacts, the results may not be comparable with the interventions used in other studies, and hence it was not pooled in other analyses. Based on the remaining 40 studies (15,021 participants) there was good evidence for a benefit of combination pharmacotherapy and behavioural treatment compared to usual care or brief advice or less intensive behavioural support (RR 1.82, 95% CI 1.66 to 2.00) with moderate statistical heterogeneity ($I^2 = 40\%$). The pooled estimate for 31 trials that recruited participants in healthcare settings (RR 2.06, 95% CI 1.81 to 2.34) was higher than for eight trials with community-based recruitment (RR 1.53, 95% CI 1.33 to 1.76). Pooled estimates were lower in a subgroup of</p>	<p><i>Parece útil</i></p>	<p>Nota CASpe: 10</p>
---	--	--------------------------------------	---

	<p>trials where the behavioural intervention was provided by specialist counsellors versus trials where counselling was linked to usual care (specialist: RR 1.73, 95% CI 1.55 to 1.93, 28 trials; usual provider: RR 2.41, 95% CI 1.91 to 3.02, 8 trials) but this was largely attributable to the small effect size in two trials using specialist counsellors where the take-up of the planned intervention was low, and one usual provider trial with a large effect. There was little indirect evidence that the relative effect of an intervention differed according to whether participants in a trial were required to be motivated to make a quit attempt or not. There was only weak evidence that studies offering more sessions had larger effects and there was not clear evidence that increasing the duration of contact increased the effect, but there was more evidence of a dose-response relationship when analyses were limited to trials where the take-up of treatment was high. Authors' conclusions: Interventions that combine pharmacotherapy and behavioural support increase smoking cessation success compared to a minimal intervention or usual care. Further trials would be unlikely to change this conclusion. We did not find strong evidence from indirect comparisons that offering more intensive behavioural support was associated with larger treatment effects but this could be because intensive interventions are less likely to be delivered in full.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008286.pub2/pdf</p>		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD008743.	<p>Background: Health information systems such as electronic health records (EHR), computerized decision support systems, and electronic prescribing are potentially valuable components to improve the quality and efficiency of clinical interventions for tobacco use. Objectives: To assess the effectiveness of electronic health record-facilitated interventions on smoking cessation support actions by clinicians, clinics, and healthcare delivery systems and on patient smoking cessation outcomes. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group Specialised Register, CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, and reference lists and bibliographies of included studies. We searched for studies published between January 1990 and July 2014. Selection criteria: We included both randomized studies and non-randomized studies that reported interventions targeting tobacco use through an EHR in healthcare settings. The intervention could include any use of an EHR to improve smoking status documentation or</p>	<i>Parece no útil pero no cumple los criterios de inclusión</i>	

DOI: 10.1002/14651858.CD008743.pub3 .	<p>cessation assistance for patients who use tobacco, either by direct action or by feedback of clinical performance measures. Data collection and analysis: Characteristics and content of the interventions, participants, outcomes and methods of the included studies were extracted by one author and checked by a second. Because of wide variation in measurement of outcomes, we were not able to conduct a meta-analysis. Main results: We included six group randomized trials, one patient randomized study, and nine non-randomized observational studies of fair to good quality that tested the use of an existing EHR to improve documentation and/or treatment of tobacco use. None of the studies included a direct assessment of patient quit rates. Overall, these studies found only modest improvements in some of the recommended clinician actions on tobacco use. Authors' conclusions: Documentation of tobacco status and referral to cessation counselling appears to increase following EHR modifications designed to prompt the recording and treating of tobacco use at healthcare visits. There is a need for additional research to enhance the potential of EHRs to prompt additional tobacco use treatment and cessation outcomes in healthcare settings.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008743.pub3/full</p>		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic</p>	<p>Background: Healthcare professionals frequently advise people to improve their health by stopping smoking. Such advice may be brief, or part of more intensive interventions. Objectives: The aims of this review were to assess the effectiveness of advice from physicians in promoting smoking cessation; to compare minimal interventions by physicians with more intensive interventions; to assess the effectiveness of various aids to advice in promoting smoking cessation, and to determine the effect of anti-smoking advice on disease-specific and all-cause mortality. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group trials register in January 2013 for trials of interventions involving physicians. We also searched Latin American databases through BVS (Virtual Library in Health) in February 2013. Selection criteria: Randomised trials of smoking cessation advice from a medical practitioner in which abstinence was assessed at least six months after advice was first provided. Data collection and analysis: We extracted data in duplicate on the setting in which advice was given, type of advice given (minimal or intensive), and whether aids to advice were used, the outcome measures, method of randomisation and completeness of follow-up.</p>	<i>Parece útil</i>	<p>Nota CASpe: 10</p>

<p>Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4 . [Consultado 14 Mar 2016].</p>	<p>The main outcome measure was abstinence from smoking after at least six months follow-up. We also considered the effect of advice on mortality where long-term follow-up data were available. We used the most rigorous definition of abstinence in each trial, and biochemically validated rates where available. People lost to follow-up were counted as smokers. Effects were expressed as relative risks. Where possible, we performed meta-analysis using a Mantel-Haenszel fixed-effect model. Main results: We identified 42 trials, conducted between 1972 and 2012, including over 31,000 smokers. In some trials, participants were at risk of specified diseases (chest disease, diabetes, ischaemic heart disease), but most were from unselected populations. The most common setting for delivery of advice was primary care. Other settings included hospital wards and outpatient clinics, and industrial clinics. Pooled data from 17 trials of brief advice versus no advice (or usual care) detected a significant increase in the rate of quitting (relative risk (RR) 1.66, 95% confidence interval (CI) 1.42 to 1.94). Amongst 11 trials where the intervention was judged to be more intensive the estimated effect was higher (RR 1.84, 95% CI 1.60 to 2.13) but there was no statistical difference between the intensive and minimal subgroups. Direct comparison of intensive versus minimal advice showed a small advantage of intensive advice (RR 1.37, 95% CI 1.20 to 1.56). Direct comparison also suggested a small benefit of follow-up visits. Only one study determined the effect of smoking advice on mortality. This study found no statistically significant differences in death rates at 20 years follow-up. Authors' conclusions: Simple advice has a small effect on cessation rates. Assuming an unassisted quit rate of 2 to 3%, a brief advice intervention can increase quitting by a further 1 to 3%. Additional components appear to have only a small effect, though there is a small additional benefit of more intensive interventions compared to very brief interventions.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub4/epdf</p>		
---	--	--	--

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3 . [Consultado 14 Mar 2016].	Background: Many smokers give up smoking on their own, but materials giving advice and information may help them and increase the number who quit successfully. Objectives: The aims of this review were to determine: the effectiveness of different forms of print-based self-help materials, compared with no treatment and with other minimal contact strategies; the effectiveness of adjuncts to print-based self help, such as computer-generated feedback, telephone hotlines and pharmacotherapy; and the effectiveness of approaches tailored to the individual compared with non-tailored materials. Search methods. We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group trials register. Date of the most recent search April 2014. Selection criteria: We included randomized trials of smoking cessation with follow-up of at least six months, where at least one arm tested a print-based self-help intervention. We defined self help as structured programming for smokers trying to quit without intensive contact with a therapist. Data collection and analysis: We extracted data in duplicate on the participants, the nature of the self-help materials, the amount of face-to-face contact given to intervention and to control conditions, outcome measures, method of randomization, and completeness of follow-up. The main outcome measure was abstinence from smoking after at least six months follow-up in people smoking at baseline. We used the most rigorous definition of abstinence in each trial, and biochemically validated rates when available. Where appropriate, we performed meta-analysis using a fixed-effect model. Main results: We identified 74 trials which met the inclusion criteria. Many study reports did not include sufficient detail to judge risk of bias for some domains. Twenty-eight studies (38%) were judged at high risk of bias for one or more domains but the overall risk of bias across all included studies was judged to be moderate, and unlikely to alter the conclusions. Thirty-four trials evaluated the effect of standard, non-tailored self-help materials. Pooling 11 of these trials in which there was no face-to-face contact and provision of structured self-help materials was compared to no intervention gave an estimate of benefit that just reached statistical significance (n = 13,241, risk ratio [RR] 1.19, 95% confidence interval [CI] 1.04 to 1.37). This analysis excluded two trials with strongly positive outcomes that introduced significant heterogeneity. Six further trials without face-to-face contact in which the control group received alternative written materials did not show evidence for an effect of the smoking self-help materials (n = 7023, RR 0.88, 95% CI 0.74 to 1.04). When these two subgroups were pooled, there was no longer evidence for a benefit of standard structured materials	<i>Parece útil</i>	Nota CASpe: 10

	<p>(n = 20,264, RR 1.06, 95% CI 0.95 to 1.18). We failed to find evidence of benefit from providing standard self-help materials when there was brief contact with all participants (5 trials, n = 3866, RR 1.17, 95% CI 0.96 to 1.42), or face-to-face advice for all participants (11 trials, n = 5365, RR 0.97, 95% CI 0.80 to 1.18). Thirty-one trials offered materials tailored for the characteristics of individual smokers, with controls receiving either no materials, or stage matched or non-tailored materials. Most of the trials used more than one mailing. Pooling these showed a benefit of tailored materials (n = 40,890, RR 1.28, 95% CI 1.18 to 1.37) with moderate heterogeneity ($I^2 = 32\%$). The evidence is strongest for the subgroup of nine trials in which tailored materials were compared to no intervention (n = 13,437, RR 1.35, 95% CI 1.19 to 1.53), but also supports tailored materials as more helpful than standard materials. Part of this effect could be due to the additional contact or assessment required to obtain individual data, since the subgroup of 10 trials where the number of contacts was matched did not detect an effect (n = 11,024, RR 1.06, 95% CI 0.94 to 1.20). In two trials including a direct comparison between tailored materials and brief advice from a health care provider, there was no evidence of a difference, but confidence intervals were wide (n = 2992, RR 1.13, 95% CI 0.86 to 1.49). Only four studies evaluated self-help materials as an adjunct to nicotine replacement therapy, with no evidence of additional benefit (n = 2291, RR 1.05, 95% CI 0.88 to 1.25). A small number of other trials failed to detect benefits from using additional materials or targeted materials, or to find differences between different self-help programmes. Authors' conclusions: Standard, print-based self-help materials increase quit rates compared to no intervention, but the effect is likely to be small. We did not find evidence that they have an additional benefit when used alongside other interventions such as advice from a healthcare professional, or nicotine replacement therapy. There is evidence that materials that are tailored for individual smokers are more effective than non-tailored materials, although the absolute size of effect is still small. Available evidence tested self-help interventions in high income countries; further research is needed to investigate their effect in contexts where more intensive support is not available.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001118.pub3/epdf</p>		
--	--	--	--

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R.</p> <p>Motivational interviewing for smoking cessation.</p> <p>[Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3 . [Consultado 14 Mar 2016].</p>	<p>Background: Motivational Interviewing (MI) is a directive patient-centred style of counselling, designed to help people to explore and resolve ambivalence about behaviour change. It was developed as a treatment for alcohol abuse, but may help people to make a successful attempt to quit smoking. Objectives. To determine whether or not motivational interviewing (MI) promotes smoking cessation. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register for studies using the term motivat* NEAR2 (interview* OR enhanc* OR session* OR counsel* OR practi* OR behav*) in the title or abstract, or motivation* as a keyword. Date of the most recent search: August 2014. Selection criteria: Randomized controlled trials in which motivational interviewing or its variants were offered to tobacco users to assist cessation. Data collection and analysis: We extracted data in duplicate. The main outcome measure was abstinence from smoking after at least six months follow-up. We used the most rigorous definition of abstinence in each trial, and biochemically validated rates where available. We counted participants lost to follow-up as continuing smoking or relapsed. We performed meta-analysis using a fixed-effect Mantel-Haenszel model. Main results: We identified 28 studies published between 1997 and 2014, involving over 16,000 participants. MI was conducted in one to six sessions, with the duration of each session ranging from 10 to 60 minutes. Interventions were delivered by primary care physicians, hospital clinicians, nurses or counsellors. Our meta-analysis of MI versus brief advice or usual care yielded a modest but significant increase in quitting (risk ratio (RR) 1.26; 95% confidence interval (CI) 1.16 to 1.36; 28 studies; N = 16,803). Subgroup analyses found that MI delivered by primary care physicians resulted in an RR of 3.49 (95% CI 1.53 to 7.94; 2 trials; N = 736). When delivered by counsellors the RR was smaller (1.25; 95% CI 1.15 to 1.63; 22 trials; N = 13,593) but MI still resulted in higher quit rates than brief advice or usual care. When we compared MI interventions conducted through shorter sessions (less than 20 minutes per session) to controls, this resulted in an RR of 1.69 (95% CI 1.34 to 2.12; 9 trials; N = 3651). Single-session treatments might increase the likelihood of quitting over multiple sessions, but both regimens produced positive outcomes. Evidence is unclear at present on the optimal number of follow-up calls. There was variation across the trials in treatment fidelity. All trials used some variant of motivational interviewing. Critical details in how it was modified for the particular study population, the training of therapists and the content of the counselling were sometimes</p>	<p><i>Parece útil</i></p>	<p>Nota CASpe:</p> <p>10</p>

	<p>lacking from trial reports. Authors' conclusions: Motivational interviewing may assist people to quit smoking. However, the results should be interpreted with caution, due to variations in study quality, treatment fidelity, between-study heterogeneity and the possibility of publication or selective reporting bias.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/epdf</p>		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.</p>	<p>Background: Telephone services can provide information and support for smokers. Counselling may be provided proactively or offered reactively to callers to smoking cessation helplines. Objectives. To evaluate the effect of proactive and reactive telephone support via helplines and in other settings to help smokers quit. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group Specialised Register for studies of telephone counselling, using search terms including 'hotlines' or 'quitline' or 'helpline'. Date of the most recent search: May 2013. Selection criteria: randomized or quasi-randomised controlled trials in which proactive or reactive telephone counselling to assist smoking cessation was offered to smokers or recent quitters. Data collection and analysis: One author identified and data extracted trials, and a second author checked them. The main outcome measure was the risk ratio for abstinence from smoking after at least six months follow-up. We selected the strictest measure of abstinence, using biochemically validated rates where available. We considered participants lost to follow-up to be continuing smokers. Where trials had more than one arm with a less intensive intervention we used only the most similar intervention without the telephone component as the control group in the primary analysis. We assessed statistical heterogeneity amongst subgroups of clinically comparable studies using the I² statistic. We considered trials recruiting callers to quitlines separately from studies recruiting in other settings. Where appropriate, we pooled studies using a fixed-effect model. We used a meta-regression to investigate the effect of differences in planned number of calls, selection for motivation, and the nature of the control condition (self help only, minimal intervention, pharmacotherapy) in the group of studies recruiting in non-quitline settings. Main results: Seventy-seven trials met the inclusion criteria. Some trials were judged to be at risk of bias in some domains but overall we did not judge the results to be at high risk of bias. Among smokers who contacted</p>	<p><i>Parece útil pero no cumple los criterios de inclusión</i></p>	

	<p>helplines, quit rates were higher for groups randomized to receive multiple sessions of proactive counselling (nine studies, > 24,000 participants, risk ratio (RR) for cessation at longest follow-up 1.37, 95% confidence interval (CI) 1.26 to 1.50). There was mixed evidence about whether increasing the number of calls altered quit rates but most trials used more than two calls. Three studies comparing different counselling approaches during a single quitline contact did not detect significant differences. Of three studies that tested the provision of access to a hotline two detected a significant benefit and one did not. Telephone counselling not initiated by calls to helplines also increased quitting (51 studies, > 30,000 participants, RR 1.27; 95% CI 1.20 to 1.36). In a meta-regression controlling for other factors the effect was estimated to be slightly larger if more calls were offered, and in trials that specifically recruited smokers motivated to try to quit. The relative extra benefit of counselling was smaller when it was provided in addition to pharmacotherapy (usually nicotine replacement therapy) than when the control group only received self-help material or a brief intervention. A further eight studies were too diverse to contribute to meta-analyses and are discussed separately. Two compared different intensities of counselling, both of which detected a dose response; one of these detected a benefit of multiple counselling sessions over a single call for people prescribed bupropion. The others tested a variety of interventions largely involving offering telephone counselling as part of a referral or systems change and none detected evidence of effect. Authors' conclusions: Proactive telephone counselling aids smokers who seek help from quitlines. Telephone quitlines provide an important route of access to support for smokers, and call-back counselling enhances their usefulness. There is limited evidence about the optimal number of calls. Proactive telephone counselling also helps people who receive it in other settings. There is some evidence of a dose response; one or two brief calls are less likely to provide a measurable benefit. Three or more calls increase the chances of quitting compared to a minimal intervention such as providing standard self-help materials, or brief advice, or compared to pharmacotherapy alone.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002850.pub3/full</p>		
--	---	--	--

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4 .</p>	<p>Background: The transtheoretical model is the most widely known of several stage-based theories of behaviour. It proposes that smokers move through a discrete series of motivational stages before they quit successfully. These are <i>precontemplation</i> (no thoughts of quitting), <i>contemplation</i> (thinking about quitting), <i>preparation</i> (planning to quit in the next 30 days), <i>action</i> (quitting successfully for up to six months), and <i>maintenance</i> (no smoking for more than six months). According to this influential model, interventions which help people to stop smoking should be tailored to their stage of readiness to quit, and are designed to move them forward through subsequent stages to eventual success. People in the preparation and action stages of quitting would require different types of support from those in precontemplation or contemplation. Objectives: Our primary objective was to test the effectiveness of stage-based interventions in helping smokers to quit. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group's specialised register for trials, using the terms ('stage* of change', 'transtheoretical model*', 'transtheoretical model*', 'precaution adoption model*', 'health action model', 'processes of change questionnaire*', 'readiness to change', 'tailor*') and 'smoking' in the title or abstract, or as keywords. The latest search was in August 2010. Selection criteria: We included randomized controlled trials, which compared stage-based interventions with non-stage-based controls, with 'usual care' or with assessment only. We excluded trials which did not report a minimum follow-up period of six months from start of treatment, and those which measured stage of change but did not modify their intervention in the light of it. Data collection and analysis: We extracted data in duplicate on the participants, the dose and duration of intervention, the outcome measures, the randomization procedure, concealment of allocation, and completeness of follow up. The main outcome was abstinence from smoking for at least six months. We used the most rigorous definition of abstinence, and preferred biochemically validated rates where reported. Where appropriate we performed meta-analysis to estimate a pooled risk ratio, using the Mantel-Haenszel fixed-effect model. Main results: We found 41 trials (>33,000 participants) which met our inclusion criteria. Four trials, which directly compared the same intervention in stage-based and standard versions, found no clear advantage for the staging component. Stage-based versus standard self-help materials (two trials) gave a relative risk (RR) of 0.93 (95% CI 0.62 to 1.39). Stage-based versus standard counselling (two trials) gave a relative risk of 1.00 (95% CI 0.82 to 1.22). Six trials of</p>	<p><i>No disponible</i></p>	

	<p>stage-based self-help systems versus any standard self-help support demonstrated a benefit for the staged groups, with an RR of 1.27 (95% CI 1.01 to 1.59). Twelve trials comparing stage-based self help with 'usual care' or assessment-only gave an RR of 1.32 (95% CI 1.17 to 1.48). Thirteen trials of stage-based individual counselling versus any control condition gave an RR of 1.24 (95% CI 1.08 to 1.42). These findings are consistent with the proven effectiveness of these interventions in their non-stage-based versions. The evidence was unclear for telephone counselling, interactive computer programmes or training of doctors or lay supporters. This uncertainty may be due in part to smaller numbers of trials. Authors' conclusions: Based on four trials using direct comparisons, stage-based self-help interventions (expert systems and/or tailored materials) and individual counselling were neither more nor less effective than their non-stage-based equivalents. Thirty-one trials of stage-based self help or counselling interventions versus any control condition demonstrated levels of effectiveness which were comparable with their non-stage-based counterparts. Providing these forms of practical support to those trying to quit appears to be more productive than not intervening. However, the additional value of adapting the intervention to the smoker's stage of change is uncertain. The evidence is not clear for other types of staged intervention, including telephone counselling, interactive computer programmes and training of physicians or lay supporters. The evidence does not support the restriction of quitting advice and encouragement only to those smokers perceived to be in the preparation and action stages.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004492.pub4/abstract</p>		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR.</p> <p>Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit.</p> <p>Cochrane</p>	<p>Background: The standard way to stop smoking is to quit abruptly on a designated quit day. A number of smokers have tried unsuccessfully to quit this way. Reducing smoking before quitting could be an alternative approach to cessation. Before this method is adopted it is important to determine whether it is at least as successful as abrupt quitting. Objectives: 1. To compare the success of reducing smoking to quit and abrupt quitting interventions. 2. To compare adverse events between arms in studies that used pharmacotherapy to aid reduction. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Review Group specialised register using topic specific terms. The register contains reports of trials of tobacco addiction interventions identified from</p>	<p><i>No disponible</i></p>	

<p>Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3 .</p>	<p>searches of MEDLINE, EMBASE and PsycInfo. We also searched reference lists of relevant papers and contacted authors of ongoing trials. Date of most recent search: July 2012. Selection criteria: We included randomized controlled trials (RCTs) that recruited adults who wanted to quit smoking. Studies included at least one condition which instructed participants to reduce their smoking and then quit and one condition which instructed participants to quit abruptly. Data collection and analysis: The outcome measure was abstinence from smoking after at least six months follow-up. We pooled the included trials using a Mantel-Haenszel fixed-effect model. Trials were split for two sub-group analyses: pharmacotherapy vs no pharmacotherapy, self help therapy vs behavioural support. Adverse events were summarised as a narrative. It was not possible to compare them quantitatively as there was variation in the nature and depth of reporting across studies. Main results: Ten studies were relevant for inclusion, with a total of 3760 participants included in the meta-analysis. Three of these studies used pharmacotherapy as part of the interventions. Five studies included behavioural support in the intervention, four included self-help therapy, and the remaining study had arms which included behavioural support and arms which included self-help therapy. Neither reduction or abrupt quitting had superior abstinence rates when all the studies were combined in the main analysis (RR= 0.94, 95% CI= 0.79 to 1.13), whether pharmacotherapy was used (RR= 0.87, 95% CI= 0.65 to 1.22), or not (RR= 0.97, 95% CI= 0.78 to 1.21), whether studies included behavioural support (RR= 0.87, 95% CI= 0.64 to 1.17) or self-help therapy (RR= 0.98, 95% CI= 0.78 to 1.23). We were unable to draw conclusions about the difference in adverse events between interventions; however recent studies suggest that pre-quit NRT does not increase adverse events. Authors' conclusions: Reducing cigarettes smoked before quit day and quitting abruptly, with no prior reduction, produced comparable quit rates, therefore patients can be given the choice to quit in either of these ways. Reduction interventions can be carried out using self-help materials or aided by behavioural support, and can be carried out with the aid of pre-quit NRT. Further research needs to investigate which method of reduction before quitting is the most effective, and which categories of smokers benefit the most from each method, to inform future policy and intervention development.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008033.pub3/abstract</p>		
---	--	--	--

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T.</p> <p>Relapse prevention interventions for smoking cessation.</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub4 .</p>	<p>Background: A number of treatments can help smokers make a successful quit attempt, but many initially successful quitters relapse over time. Several interventions have been proposed to help prevent relapse. Objectives: To assess whether specific interventions for relapse prevention reduce the proportion of recent quitters who return to smoking. Search methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group trials register in May 2013 for studies mentioning relapse prevention or maintenance in title, abstracts or keywords. Selection criteria: Randomized or quasi-randomized controlled trials of relapse prevention interventions with a minimum follow-up of six months. We included smokers who quit on their own, were undergoing enforced abstinence, or were participating in treatment programmes. We included trials that compared relapse prevention interventions with a no intervention control, or that compared a cessation programme with additional relapse prevention components with a cessation programme alone. Data collection and analysis: Studies were screened and data extracted by one review author, and checked by a second. Disagreements were resolved by discussion or by referral to a third review author. Main results: Sixty-three studies met inclusion criteria but were heterogeneous in terms of populations and interventions. We considered 41 studies that randomly assigned abstainers separately from studies that randomly assigned participants before their quit date. Upon looking at studies of behavioural interventions that randomly assigned abstainers, we detected no benefit of brief and 'skills-based' relapse prevention methods for women who had quit smoking because of pregnancy, or for smokers undergoing a period of enforced abstinence during hospitalisation or military training. We also failed to detect significant effects of behavioural interventions in trials in unselected groups of smokers who had quit on their own or through a formal programme. Amongst trials randomly assigning smokers before their quit date and evaluating the effects of additional relapse prevention components, we found no evidence of benefit of behavioural interventions or combined behavioural and pharmacotherapeutic interventions in any subgroup. Overall, providing training in skills thought to be needed for relapse avoidance did not reduce relapse, but most studies did not use experimental designs best suited to the task and had limited power to detect expected small differences between interventions. For pharmacological interventions, extended treatment with varenicline significantly reduced relapse in one trial (risk ratio (RR) 1.18, 95% confidence interval (CI) 1.03 to 1.36). Pooling of six studies of extended treatment with bupropion failed to detect a</p>	<p><i>Parece útil pero no cumple los criterios de inclusión</i></p>	

	<p>significant effect (RR 1.15, 95% CI 0.98 to 1.35). Two small trials of oral nicotine replacement treatment (NRT) failed to detect an effect, but treatment compliance was low, and in two other trials of oral NRT in which short-term abstainers were randomly assigned, a significant effect of intervention was noted. Authors' conclusions: At the moment, there is insufficient evidence to support the use of any specific behavioural intervention to help smokers who have successfully quit for a short time to avoid relapse. The verdict is strongest for interventions focused on identifying and resolving tempting situations, as most studies were concerned with these. Little research is available regarding other behavioural approaches. Extended treatment with varenicline may prevent relapse. Extended treatment with bupropion is unlikely to have a clinically important effect. Studies of extended treatment with nicotine replacement are needed.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003999.pub4/full</p>		
	SCIELO		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Alba LH, Murillo R, Castillo JS.</p> <p>Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura.</p> <p>[Internet]. Mex: 2013 Abr [Consultado 20 Mar 2016]; 55(2):196-206.</p>	<p>OBJETIVO: Presentar los resultados de una revisión sistemática de la literatura médica sobre eficacia y seguridad de la consejería para cesación del tabaquismo. MATERIAL Y MÉTODOS: Se siguió la metodología ADAPTE buscando guías de práctica clínica (GPC) en Medline, EMBASE, CINAHL, LILACS y Cochrane. Mediante DELBI se seleccionaron GPC con puntaje mayor a 60 en rigor metodológico y aplicabilidad. Se evaluó la cesación a seis meses según proveedor, modelo y formato de consejería. De 925 referencias se seleccionaron cinco GPC que incluyen 44 revisiones sistemáticas y metaanálisis. RESULTADOS La consejería breve por médicos y la intensiva por profesionales capacitados (individual, grupal, telefónica proactiva) son eficaces con incremento en la abstinencia de 2.1 a 17.4%. Únicamente el consejo práctico y la entrevista motivacional tienen eficacia en consejería intensiva. El efecto clínico es pequeño y la duración del efecto incierta. CONCLUSIÓN: Se requieren evaluaciones económicas para su implementación en programas de salud pública.</p> <p>Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n2/v55n2a12.pdf</p>	<i>Parece útil</i>	<p>Nota CASpe:</p> <p>7</p>

	TRIP DATA BASE		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Mottillo S, Filion KB, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. Eur Heart J. 2009 Mar; 30(6):718-30. doi: 10.1093/eurheartj/ehn552. Epub 2008 Dec 24.</p>	<p>Aims Widely varying estimates of treatment effects have been reported in randomized controlled trials (RCTs) investigating the efficacy of behavioural interventions for smoking cessation. Previous meta-analyses investigating behavioural interventions have important limitations and do not include recently published RCTs. We undertook a meta-analysis of RCTs to synthesize the treatment effects of four behavioural interventions, including minimal clinical intervention (brief advice from a healthcare worker), and intensive interventions, including individual, group, and telephone counselling. Methods and results We searched the CDC Tobacco Information and Prevention, Cochrane Library, EMBASE, Medline, and PsycINFO databases. We included only RCTs that reported biochemically validated smoking cessation outcomes at 6 and/or 12 months after the target quit date. Outcomes were aggregated using hierarchical Bayesian random-effects models. We identified 50 RCTs, which randomized $n = 26\,927$ patients (minimal clinical intervention: 9 RCTs, $n = 6456$; individual counselling: 23 RCTs, $n = 8646$; group counselling: 12 RCTs, $n = 3600$; telephone counselling: 10 RCTs, $n = 8225$). The estimated mean treatment effects were minimal clinical intervention [odds ratio (OR) 1.50, 95% credible interval (CrI) 0.84–2.78], individual counselling (OR 1.49, 95% CrI 1.08–2.07), group counselling (OR 1.76, 95% CrI 1.11–2.93), and telephone counselling (OR 1.58, 95% CrI 1.15–2.29). Conclusion Intensive behavioural interventions result in substantial increases in smoking abstinence compared with control. Although minimal clinical intervention may increase smoking abstinence, there is insufficient evidence to draw strong conclusions regarding its efficacy.</p> <p>Disponible en: http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/30/6/718.article-info</p>	<p><i>Parece útil pero no cumple los criterios de inclusión</i></p>	

	RNAO		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Virani T, McConnell H, Mayo S, Chee J, Burris J, Burke JM. Integrar el abandono de fumar en la práctica diaria enfermera. [Internet]. Registered Nurses' Association of Ontario. Nursing Best Practice Guidelines Program. 2007. [Consultado 26 Feb 2016 2016].</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las enfermeras implantan una intervención de consumo mínimo de tabaco mediante el protocolo “Preguntar, Asesorar, Ayudar, Preparar” con todos los pacientes. 2. Las enfermeras llevan a cabo una intervención intensiva para el abandono del hábito de fumar (de más de 10 minutos de duración) cuando su conocimiento y tiempo les permiten realizar una educación sanitaria más intensiva. 3. Las enfermeras reconocen que los fumadores pueden recaer varias veces antes de llegar a la abstinencia y deben volver a integrar a los pacientes en el proceso de abandono del hábito de fumar. 4. Las enfermeras deberían conocer los recursos comunitarios para dejar de fumar a efectos de derivación y seguimiento. 5. Las enfermeras implantan intervenciones para dejar de fumar prestando especial atención a aspectos de género, etnia y edad y adaptan las estrategias a las distintas necesidades de los sectores de la población. 6. Las enfermeras animan a los fumadores, así como a los que no lo son, a convertir sus casas en espacios sin humo para proteger a los niños, a sus familias y a ellos mismos de la exposición al humo ajeno. <p>Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/IntegrarAbadondonoFumar_022014.pdf</p>	<p><i>Parece útil</i></p>	<p>Nota AGREE II 90%</p>

	NGC, National Guideline Clearinghouse		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Tobacco treatment. University of Michigan Health System. [Internet]. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2012 Mar. 16 p. (consultado 28 feb 2016).	<p>Objectives: Provide a framework for care providers to assist patients in quitting tobacco use:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Assess and document tobacco use status of every patient. 2) Provide quitting intervention to all tobacco users. 3) Treat behavioral/psychological aspects of cigarette addiction with advice and counseling. 4) Treat biologic aspects of cigarette addiction with pharmacological therapies. <p>Key Points. Tobacco use is a chronic disease that needs ongoing monitoring and treatment. Monitor and treat all forms of tobacco use (e.g., smoking, spit tobacco, hookah, electronic cigarettes).</p> <p>ASK all patients about tobacco use and assess user's readiness to quit. Tobacco use status should be documented in the medical record.</p> <p>ADVISE all tobacco users to seriously consider making a quit attempt using a clear and personalized message. Advice as brief as 3 minutes is effective.</p> <p>ASSESS all tobacco users' willingness to make a quit attempt. If not yet ready to quit, offer motivational intervention using the 5 "R's" - relevance, risks, rewards, roadblocks, repetition.</p> <p>REFER patients interested in quitting within 30 days to a Tobacco Treatment Specialist or other appropriate tobacco treatment program. Alternatively, health care providers can directly provide the following treatment.</p> <p>Treatment options:</p> <p>ASSIST those ready to make a quit attempt: Set a quit date. Quit date abstinence is a strong predictor of long term success, Give advice on quitting and provide supplementary materials.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescribe pharmacologic therapy as appropriate. Nicotine replacement therapies, bupropion hydrochloride, and varenicline have been proven effective. <p>ARRANGE follow-up either with phone call or office visit: Prevent relapse by congratulating successes and reinforcing reasons for quitting, Assess any difficulties with pharmacologic therapy.</p> <p>Disponible en: http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/smoking/smoking.pdf</p>	<p><i>Parece útil</i></p>	<p>Nota AGREE II</p> <p>45%</p>

	CINAHL		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Kong G, Ells D, Camenga D, Krishnan-Sarin S. Text messaging-based smoking cessation intervention: a narrative review. Addictive Behaviors [serial on the Internet]. (2014, May), [cited April 9, 2016]; 39(5): 907-917 11p. Available from: CINAHL with Full Text.</p>	<p>Introduction: Smoking cessation interventions delivered via text messaging on mobile phones may enhance motivations to quit smoking. The goal of this narrative review is to describe the text messaging interventions' theoretical contents, frequency and duration, treatment outcome, and sample characteristics such as age and motivation to quit, to better inform the future development of this mode of intervention. Methods: Studies were included if text messaging was primarily used to deliver smoking cessation intervention and published in English in a peer-reviewed journal. All articles were coded by two independent raters to determine eligibility and to extract data. Results: Twenty-two studies described 15 text messaging interventions. About half of the interventions recruited adults (ages 30–40) and the other half targeted young adults (ages 18–29). Fourteen interventions sent text messages during the quit phase, 10 had a preparation phase and eight had a maintenance phase. The number of text messages and the duration of the intervention varied. All used motivational messages grounded in social cognitive behavioral theories, 11 used behavioral change techniques, and 14 used individually tailored messages. Eleven interventions also offered other smoking cessation tools. Three interventions yielded smoking cessation outcomes greater than the control condition. Conclusions: The proliferation of text messaging in recent years suggests that text messaging interventions may have the potential to improve smoking cessation rates. Detailed summary of the interventions suggests areas for future research and clinical application. More rigorous studies are needed to identify components of the interventions that can enhance their acceptability, feasibility and efficacy.</p> <p>Disponible en : http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460313004164</p>	<p><i>Parece útil pero no cumple los criterios de inclusión</i></p>	

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Shahab L, McEwen A. Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature. Addiction [serial on the Internet]. (2009, Nov), [cited April 9, 2016]; 104(11): 1792-1804 13p. Available from: CINAHL with Full Text.</p>	<p>Aim To examine the efficacy and acceptability of online, interactive interventions for smoking cessation and to identify treatment effect moderators and mediators. Methods A systematic review and meta-analysis of the literature (1990–2008) was conducted, finding 11 relevant randomized controlled trials. Data were extracted and risk ratios and risk differences estimated with a random effects model. Results There was no evidence of publication bias. Included trials were of variable methodological quality. Web-based, tailored, interactive smoking cessation interventions were effective compared with untailored booklet or e-mail interventions [rate ratio (RR) 1.8; 95% confidence interval (CI) 1.4–2.3] increasing 6-month abstinence by 17% (95% CI 12–21%). No overall effect of interactive compared with static web-based interventions was detected but there was significant heterogeneity, with one study obtaining a clear effect and another failing to find one. Few moderating or mediating factors were evaluated in studies and those that were had little effect. Pooled results suggest that only interventions aimed at smokers motivated to quit were effective (RR 1.3, 95% CI 1.0–1.7). Fully automated interventions increased smoking cessation rates (RR 1.4, 95% CI 1.0–2.0), but evidence was less clear-cut for non-automated interventions. Overall, the web-based interventions evaluated were considered to be acceptable and user satisfaction was generally high. Conclusion Interactive, web-based interventions for smoking cessation can be effective in aiding cessation. More research is needed to evaluate the relative efficacy of interactive web-based interventions compared with static websites.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02710.x/abstract</p>	<p><i>Parece útil pero no cumple los criterios de inclusión</i></p>	

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Spring B, Howe D, Berendsen M, McFadden H, Hitchcock K, Hitsman B, et al. Behavioral intervention to promote smoking cessation and prevent weight gain: a systematic review and meta-analysis. Addiction [Internet]. 2009, Sep, [cited 20 Mar 2016]; 104(9): 1472-1486 15p.</p>	<p>The prospect of weight gain discourages many cigarette smokers from quitting. Practice guidelines offer varied advice about managing weight gain after quitting smoking, but no systematic review and meta-analysis have been available. We reviewed evidence to determine whether behavioral weight control intervention compromises smoking cessation attempts, and if it offers an effective way to reduce post-cessation weight gain. Methods We identified randomized controlled trials (RCTs) that compared combined smoking treatment and behavioral weight control to smoking treatment alone for adult smokers. English-language studies were identified through searches of PubMed, Ovid MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PsycINFO and Cochrane Central Register of Controlled Trials. Of 779 articles identified and 35 potentially relevant RCTs screened, 10 met the criteria and were included in the meta-analysis. Results Patients who received both smoking treatment and weight treatment showed increased abstinence [odds ratio (OR) = 1.29, 95% confidence interval (CI) = 1.01, 1.64] and reduced weight gain ($g = -0.30$, 95% CI = $-0.57, -0.02$) in the short term (<3 months) compared with patients who received smoking treatment alone. Differences in abstinence (OR = 1.23, 95% CI = 0.85, 1.79) and weight control ($g = -0.17$, 95% CI = $-0.42, 0.07$) were no longer significant in the long term (>6 months). Conclusions Findings provide no evidence that combining smoking treatment and behavioral weight control produces any harm and significant evidence of short-term benefit for both abstinence and weight control. However, the absence of long-term enhancement of either smoking cessation or weight control by the time-limited interventions studied to date provides insufficient basis to recommend societal expenditures on weight gain prevention treatment for patients who are quitting smoking.</p> <p>Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02610.x/abstract</p>	<p><i>Parece útil pero no cumple los criterios de inclusión</i></p>	

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Rice V. Nursing intervention and smoking cessation: meta-analysis update. Heart Lung; 2006 May 35(3): 147-63.	OBJECTIVE: The study objective was to determine through meta-analysis the effects of nursing-delivered smoking-cessation interventions. RESULTS: Thirty-four studies met inclusion criteria in this updated meta-analysis. Twenty-six studies compared a nursing intervention with a control or usual care group of adults and found interventions of high and low intensity to modestly increase the odds of quitting (1.36, 95% confidence interval 1.22-1.51). The study results demonstrated heterogeneity; using a random effects model did not make a difference. There was evidence that interventions were most effective for hospital inpatients with cardiovascular disease than for patients with other conditions (odds ratio 2.14, confidence interval 1.39-3.31). Interventions in nonhospitalized adults were beneficial as well; no effect was found for additive intervention components. Counseling during health-screening programs or as part of multifactorial secondary preventions programs was found to be the least effective. The challenge will be to incorporate smoking-cessation interventions into evidence-based nursing practice.	<i>Parece útil</i>	Nota CASpe: 9,5
MEDLINE			
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Brown J. A review of the evidence on technology-based interventions for the treatment of tobacco dependence in college health. Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau	Background: The college years are a critical time in the development of smoking behavior and tobacco use. Smoking is linked to 30% of cancer deaths, 80% of deaths from chronic obstructive pulmonary disease, and early cardiovascular disease and death. Effective cessation interventions at this time provide an opportunity to drastically reduce premature morbidity and mortality. Aims: To review available evidence on Internet interventions with young adults, including methodology, theoretical frameworks and outcome measures for tobacco treatment to guide the development of a program in college health. Methods: A comprehensive literature search for studies published from January 1999 to February 2011, in multiple databases was conducted, along with hand-searching of reference lists. Inclusion criteria were: participants aged 18-30 years, intervention involved the Internet through either Web sites or e-mail or texting, and outcome measurement of tobacco cessation/abstinence. Studies were evaluated utilizing a tool synthesized from guidelines presented by the Cochrane Collaboration. Findings: Eight studies met the inclusion criteria (four randomized controlled trials, four cohort studies). Theoretical frameworks utilized were the Transtheoretical	<i>Parece útil pero no cumple los criterios</i>	

International, Honor Society Of Nursing [Internet]. 2013, Aug, 150-162.	<p>Model of Change, Health Belief Model, Theory of Social Support, and social cognitive theory. Interventions varied and included computer-generated advice letters, Web-based cessation guides, computer-generated text messages, and peer e-mail support. With smoking abstinence as the primary outcome measure, there was a statistically significant improvement in quit rates. Because of the use of multiple components, differences in interventions and the number of contacts, it is not clear what types of computer-based applications are most effective. Small sample sizes, lack of control groups, and inconsistency in outcome measures limit the ability to provide conclusive evidence to support these interventions-but support the feasibility to use in the design of future programs. Conclusions: Use of technology-based interventions, such as the Internet, may be an effective tool for tobacco treatment interventions, especially with college students. There is great potential to reach large numbers of students, many who may not identify themselves as smokers or seek traditional methods for treatment. Additional research is needed to determine which technology-based interventions are most effective and to provide more conclusive evidence.</p> <p>Disponible en: http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=7ab6b77a-3f6c-4b7d-9457-2afc419c6c60%40sessionmgr110&vid=0&hid=109&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=23421669</p>	<i>de inclusión</i>	
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Lemmens V, Oenema A, Knut I, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews.	The objective of this study was to identify the most effective intervention strategies and policies for smoking cessation among adults. The Medline and Cochrane Library databases were searched, limited to publications since January 2000. A 'review of reviews' approach was followed. Systematic reviews and meta-analyses were included. Reviews aimed at adolescents or specific subgroups were excluded. Two reviewers independently assessed titles and abstracts. For every intervention strategy, only the most recent publication was included. Twenty-three studies met the inclusion criteria. The included intervention strategies and policies were ranked according to their effect size, taking into account the number of original studies, the proportion of studies with a positive effect and the presence of a long-term effect. Evidence of effectiveness for the following strategies was found: group behavioural therapy [odds ratio (OR) 2.17, confidence interval (CI) 1.37-3.45], bupropion (OR 2.06, CI: 1.77-2.40), intensive physician advice (OR 2.04, CI: 1.71-	<i>Parece útil</i>	Nota CASpe: 9

[Internet]. Eur J Cancer Prev; 2008, Nov; 17(6): 535-44.	2.43), nicotine replacement therapy (OR 1.77, CI: 1.66-1.88), individual counselling (OR 1.56, CI: 1.32-1.84), telephone counselling (OR 1.56, CI: 1.38-1.77), nursing interventions (OR 1.47, CI: 1.29-1.67) and tailored self-help interventions (OR 1.42, CI: 1.26-1.61). A 10% increase in price increased cessation rates by 3-5%. Comprehensive clean indoor laws increased quit rates by 12-38%. These results show and confirm that a wide array of effective smoking cessation intervention approaches and policies can have a large impact on smoking cessation rates.		
	FISTERRAE		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Domínguez F, Castañal X. Guía del tabaquismo . [Internet]. Grupo de Tabaquismo de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (semFYC). Servizo Galego de Saúde. Pontevedra. España. (2011 jun). [Consultado 19 mar 2016].	Intervenciones breves en consulta. Intervención sistematizada, averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar ya acordar. Tratamiento farmacológico Sustitutivos de nicotina (TSN) Otros recursos: acupuntura y hipnoterapia. Prevención de recaídas Disponible en: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-tabaquismo	<i>Parece útil</i>	Nota AGREE II 21%

	SEPAR		
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Higes Martínez EV, Perera López L, Coordinadoras. Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. Módulo 32 [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2015. [Consultado 25 Feb 2016].</p>	<p>El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública y la intervención en tabaquismo es el patrón oro de las intervenciones preventivas por su alto coste/efectividad. Por ello, todos los profesionales sanitarios estamos obligados a realizar intervenciones en tabaquismo en los fumadores, tanto en los que desean abandonar el consumo para facilitar el proceso, como en los que no quieren dejar de fumar para motivarles a replantearse su conducta de fumador. Un gran porcentaje de los fumadores desea dejar de fumar. Sin apoyo, las tasas de éxito son bajas. Existen tratamientos, tanto farmacológicos como terapias psicológicas, que aumentan significativamente las tasas de abandono, siendo las terapias combinadas las que han demostrado mayor eficacia.</p> <p>Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/manual_32</p>	<i>Parece útil</i>	
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Ramos A, Mayayo ML, Coordinadora s. Abordaje del</p>	<p>Existen herramientas terapéuticas que nos pueden servir de ayuda en el tratamiento del abandono del tabaco. La más simple de todas es nuestra intervención como personal sanitario, que se puede realizar en cualquier ámbito que implique una relación paciente-sanitario. Los distintos tratamientos farmacológicos que existen en el mercado multiplican las tasas de éxito si son usados</p>		

<p>Tabaquismo. Manual SEPAR de Procedimientos de Calidad Asistencial y Comité de Formación y Docencia de SEPAR. Sociedad española de neumología y cirugía torácica (SEPAR). 2007. [Consultado 25 Feb 2016].</p>	<p>y seguidos de forma correcta por un sanitario. El tratamiento psicológico es necesario y refuerza cualquier otro tipo de terapia. Existen distintos niveles asistenciales en la atención al fumador, que están relacionados entre sí y entre los que existe un flujo de comunicación y derivación de pacientes.</p> <p>Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/procedimientos13?e=3049452/2562848</p>	<p><i>Parece útil</i></p>	
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Solano Reina S, Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, editores. SEPAR. Manual de Tabaquismo. [Internet]. 3 ed. Madrid: Elsevier Masson; 2012. [Consultado 25 Feb 2016].</p>	<p>El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica que es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. Hay tres grandes tipos de fumadores: aquellos que no quieren dejar de fumar en el momento actual, aquellos que quieren dejar de fumar en el momento actual y aquellos que ya han dejado de fumar en un pasado muy reciente. Para los primeros la entrevista motivacional es el tratamiento de elección; para los segundos la combinación de asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico es lo obligado, y para los terceros el control y el tratamiento de las recaídas es lo más recomendado. Se consideran varios tipos de abstinencia que vienen definidos por el tiempo que el sujeto se mantenga sin consumir tabaco: abstinencia completa, abstinencia continua, abstinencia entre la 9.^a y la 12.^a semana, abstinencia entre la 9.^a y la 24.^a semana, abstinencia entre la 9.^a y la 52.^a semana y abstinencia puntual. Todos estos tipos de abstinencia requieren ser validados mediante cooximetría y/o medición de cotinina en líquidos corporales. En ocasiones se hace necesaria la determinación de anabasina o anatabina.</p> <p>Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/manual_tabaquismo_3__edicion</p>	<p><i>Parece útil</i></p>	

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. [Internet]. 4 ed. Madrid: Ediciones Médicas, S.L; 2009. [Consultado 25 feb 2016].</p>	<p>El tabaquismo es una enfermedad crónica, por lo que su tratamiento es, debe ser, una actividad clínica integrada en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Corresponde al personal sanitario ofrecer este tipo de tratamiento y para ello necesita de herramientas prácticas, destinadas a facilitar la implementación de los procedimientos adecuados en sus actividades profesionales diarias, independientemente del lugar del sistema sanitario en el que éstas se realicen. Es por eso por lo que también, sin renunciar a los procedimientos de intervención colectiva, hemos primado los relativos a la intervención individual, <i>face to face</i>, que es el sistema mayoritario de oferta de servicios del Sistema Nacional de Salud y la forma de asistencia más demandada por los pacientes. La inclusión del tratamiento del tabaquismo en las prestaciones sanitarias es mucho más eficiente que la mayoría de las intervenciones médicas destinadas a mejorar el estado de salud, y se recomienda su inclusión dentro del catálogo de prestaciones, así como el desarrollo de estímulos a los profesionales y los equipos sanitarios para fomentar su implantación en la práctica clínica..</p> <p>Disponible en: http://www.namfyc.es/cursos/tabaco/Manual_Tabaquismo_Pfizer_09.pdf</p>	<i>Parece útil</i>	
Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
<p>Ministry of Health. 2014. The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. [internet] Wellington: Ministry of Health. .</p>	<p>The revised ABC pathway</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ask about and document every person's smoking status. • Give Brief advice to stop to every person who smokes. • Strongly encourage every person who smokes to use Cessation support (a combination of behavioural support and stop-smoking medicine works best) and offer to help them access it. Refer to, or provide, cessation support to everyone who accepts your offer. <p>Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B3-GelWPMn4dX3FXMIJmV2JtLVk/edit</p>	<i>Parece útil</i>	<p>Nota AGREE II</p> <p>22%</p>

Referencia	Resumen / Enlace	Decisión	Calidad
Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. [Internet]. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y	<ol style="list-style-type: none"> 1. El tabaquismo es una enfermedad crónica que a menudo requiere intervenciones repetidas y múltiples intentos de abandono. Sin embargo, existen tratamientos eficaces que pueden aumentar significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo. 2. Es esencial que los profesionales sanitarios y los sistemas sanitarios identifiquen y documenten de forma consistente el estado de consumo de tabaco y traten a todo fumador visto en el entorno de la atención sanitaria. 3. Los tratamientos del tabaquismo son eficaces en una amplia gama de poblaciones. Los profesionales sanitarios deben alentar a todos los pacientes que estén dispuestos a hacer un intento para dejar de fumar a que utilicen los tratamientos de asesoramiento y medicación recomendados en esta Guía. 4. El tratamiento breve del tabaquismo es eficaz. Los profesionales sanitarios deben ofrecer a todos los fumadores, al menos, los tratamientos breves cuya eficacia se ha mostrado en esta Guía. 5. El asesoramiento individual, grupal y telefónico es eficaz, y su efectividad aumenta con la intensidad del tratamiento. Dos componentes del asesoramiento son especialmente eficaces, y los profesionales sanitarios deben utilizarlos cuando los pacientes asesorados hacen un intento para dejar de fumar: Asesoramiento práctico para la resolución de situaciones de alto riesgo y formación en habilidades. Apoyo social como parte del tratamiento. 6. Se dispone de numerosos medicamentos para el tratamiento del tabaquismo, y los profesionales sanitarios deberían recomendar su uso a todos los pacientes que intentan dejar de fumar, excepto cuando estén contraindicados o en poblaciones específicas para las cuales los datos de su eficacia son insuficientes (por ejemplo, mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores leves y adolescentes). Siete medicamentos de primera línea (5 nicotínicos y 2 no nicotínicos) 	<i>Parece útil</i>	Nota AGREE II 96%

<p>Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010. [Consultado 25 Feb 2016].</p>	<p>incrementan de manera fiable las tasas de abstinencia a largo plazo: Bupropión SR: Chicle de nicotina, Inhalador de nicotina, Pastilla de nicotina, Spray nasal de nicotina, Parche de nicotina, Vareniclina. Los profesionales sanitarios también deben considerar el uso de ciertas combinaciones de medicamentos identificados como eficaces en esta Guía.</p> <p>7. El asesoramiento y la medicación son eficaces cuando se utilizan de forma aislada para tratar la dependencia del tabaco. La combinación de asesoramiento y medicamentos, sin embargo, es más eficaz que cualquiera de ellos por sí solo. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben alentar a todos los individuos que hacen un intento para dejar de fumar a que utilicen el asesoramiento y la medicación.</p> <p>8. El asesoramiento telefónico para el abandono del tabaco es eficaz en diversas poblaciones y tiene un amplio alcance. Por ello, tanto los profesionales sanitarios como los sistemas sanitarios deberían garantizar el acceso del paciente a las líneas telefónicas de ayuda al fumador y promover la utilización de éstas.</p> <p>9. Si un fumador habitual no está dispuesto a hacer un intento para dejar de fumar, los profesionales sanitarios deben usar los tratamientos motivacionales identificados como eficaces en esta Guía, para incrementar futuros intentos de abandono.</p> <p>10. Los tratamientos del tabaquismo son clínicamente eficaces y muy coste/eficaces en relación con las intervenciones para otras enfermedades. Proporcionar cobertura para estos tratamientos aumenta las tasas de abandono. Las aseguradoras y los compradores deben velar porque todos los planes de seguros incluyan como prestaciones cubiertas el asesoramiento y la medicación identificados como eficaces en esta Guía.</p> <p>Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/guia_tratamiento_tabaquismo_v_espanola</p>		
--	---	--	--

12.4 Tabla 4: de evidencias.

Autor o nombre del estudio, año, tipo de estudio.	Población	Intervención / Variables de resultado	Resultados	Calidad <i>Nivel Evidencia</i> <i>Recomendación</i>
<p>Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: A systematic review and meta-analysis 2010.</p> <p>Sophia Papadakis, Paul McDonald, Kerri-Anne Mullen, Robert Reid, Kimberly Skulsky.</p> <p>systematic review</p>	<p>Pacientes de centros de atención primaria mayores de 18 años.</p> <p>Excluyendo sub-poblaciones de alto riesgo y pacientes específicos.</p>	<p>Estrategias para aumentar el abandono del tabaco basadas en la evidencia.</p> <p>Excluyendo los estudios en los que se trate exclusivamente a los pacientes con farmacoterapia o tengan un seguimiento inferior a 6 meses.</p>	<p>This review provides new information on the value of strategies for enhancing the integration of clinical smoking cessation interventions into primary-care practice. The review suggests that there is no single intervention strategy that can assist with improving the delivery of all 5As. Multi-component interventions appear to hold promise for improving outcomes. Future trials should attempt to isolate which components of multi-component interventions are required to optimize cost-effectiveness and to validate the value of specific single-component interventions, such as adjunct counseling, provider feedback, real-time provider prompts, and cost-free medications.</p>	<p>Evidencia 1a</p> <p>Recommendation A</p>

Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
<p>Workplace interventions for smoking cessation. 2014.</p> <p>Cahill K, Lancaster T.</p> <p>systematic review</p>	<p>Fumadores mayores de 18 años, con empleo.</p>	<p>Cualquier intervención para ayudar a dejar de fumar realizada en el lugar de trabajo.</p>	<p>We found strong evidence that some interventions directed towards individual smokers increase the likelihood of quitting smoking. These include both individual and group counselling, pharmacological treatment, and multiple interventions to increase smoking cessation. All these interventions show similar effects whether offered in the workplace or elsewhere. Self-help interventions, relapse prevention and social support are less effective. Although people taking up these interventions are more likely to stop, the absolute numbers who quit are low.</p> <p>We failed to detect an effect of comprehensive programmes targeting multiple risk factors in reducing the prevalence of smoking; however, this conclusion is based upon a narrative rather than a meta-analytical synthesis.</p> <p>There was limited evidence that smoking cessation can be increased by competitions and incentives organized by the employer, although one trial demonstrated a sustained effect of financial rewards for attending a smoking cessation course and for long-term quitting.</p> <p>The potential advantage of the workplace is that more people can be reached and participation in cessation attempts is thereby increased. However, participation rates are usually low even within workplaces.</p>	<p>Evidencia</p> <p>1b</p> <p>Recomendación</p> <p>A</p>

Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
Nursing interventions for smoking cessation. 2013. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. systematic review	Fumadores mayores de 18 años, de ambos sexos. Excluyendo los estudios que habían reclutados exclusivamente a las mujeres embarazadas	Prestación de asesoramiento, orientación o estrategias para ayudar a las personas a dejar de fumar.	The results of this review indicate the potential benefits of interventions given by nurses to their patients. The challenge remains to incorporate smoking cessation interventions as part of standard practice so that all patients are given an opportunity to be asked about their tobacco use and to be given advice to quit along with reinforcement and follow-up. Nicotine replacement therapy has been shown to improve quit rates when used in conjunction with counselling for behavioural change and should be considered an important adjunct, but not a replacement for nursing interventions (Stead 2012). The evidence suggests that brief interventions from nurses who combine smoking cessation work with other duties are less effective than longer interventions with multiple contacts, delivered by nurses with a role in health promotion or cardiac rehabilitation.	Evidencia 1b Recomendación A
Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. 2012. Stead LF, Lancaster T. systematic review	Fumadores, excluyendo mujeres embarazadas o adolescentes.	Intervenciones para dejar de fumar no farmacológicas. Tratamiento farmacológico para dejar de fumar en el que se reciba una o más intervenciones de apoyo intensivo.	Providing behavioural support for smokers using established medication in an attempt to stop smoking will increase the proportion of successful attempts. More intensive behavioural support is likely to provide some additional benefit. This effect may be small in absolute terms but worthwhile given the considerable health gains from stopping smoking.	Evidencia 1b Recomendación A

Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. 2012. Stead LF, Lancaster T. systematic review	Fumadores excluyendo mujeres embarazadas o adolescentes.	Intervenciones intensas de apoyo conductual para dejar de fumar con disponibilidad al uso de fármacos. Excluyendo los ensayos donde menos del 20% de los participante usaban fármacos.	Interventions that combine pharmacotherapy and behavioural support increase smoking cessation success in a wide range of settings and populations, compared to a minimal intervention or usual care. This suggests that clinicians should encourage smokers to use both types of aid. Offering more intensive behavioural support was not clearly shown to be associated with larger treatment effects; this may be because intensive interventions are more difficult to deliver consistently to participants.	Evidencia 1b Recomendación A
Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
Physician advice for smoking cessation. 2013. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Systematic review.	Fumadores de ambos sexos excluyendo las mujeres embarazadas.	Compararon consejo médico para dejar de fumar en comparación con ningún consejo o atención habitual. Comparar los distintos niveles de consejo médico para dejar de fumar. Se excluyeron los estudios en los que	The results of this review indicate the potential benefit from brief simple advice given by physicians to their smoking patients. The challenge as to whether or not this benefit will be realised depends on the extent to which physicians are prepared to systematically identify their smoking patients and offer them advice as a matter of routine. Providing follow-up, if possible, is likely to produce additional benefit. However, the marginal benefits of more intensive interventions, including use of aids, are small, and cannot be justified as a routine intervention in unselected smokers. They may, however, be of benefit for individual, motivated smokers.	Evidencia 1b

		los participantes recibieron algún tipo de terapia de reemplazo de nicotina, y en los que el consejo para dejar de fumar se incluyó como parte del asesoramiento de estilo de vida multifactorial.		Recomendación A
Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
Print-based self-help interventions for smoking cessation. 2014. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Systematic review.	Fumadores excepto adolescentes y embarazadas.	Intervenciones de autoayuda como manuales o programas para ayudar a dejar de fumar pero sin ayuda de profesionales de la salud, consejeros o grupo de apoyo. Se excluyeron las intervenciones que proporcionaron sesiones repetidas de asesoramiento	Access to information, in understandable formats, is important for individuals who smoke, as it is for those with other kinds of medical problem. This review examined the specific effect of materials which aimed to provide a structured approach to smoking cessation beyond simple information. Such materials may provide a very small increase in quitting compared to no intervention. We did not find evidence that self-help materials produce incremental benefits over other minimal interventions such as advice from a healthcare professional, or nicotine replacement therapy. There is increasing evidence that materials that are tailored for individual smokers are more effective than no intervention, and more effective than non-tailored materials, although the absolute increase in quit rates is still small.	Evidencia 1b Recomendación A

		además de los materiales de autoayuda y el asesoramiento telefónico o a través de internet.		
Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
Motivational interviewing for smoking cessation. 2015. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Systematic review.	Consumidores de tabaco de cualquier sexo. Excluidas las mujeres embarazadas o adolescentes	Intervenciones basadas principalmente en los principios entrevista motivacional.	Motivational interviewing appears to be modestly successful in promoting smoking cessation, compared with usual care or brief advice. Motivational interviewing delivered by general practitioners or in a general practice setting may deliver higher success rates. The effect size associated with shorter sessions (less than 20 minutes) of motivational counselling appear to be higher than that for longer sessions. The evidence is unclear for the optimal number of sessions or the number of follow-up calls. The effect size associated with motivational interviewing with an aim to help people to stop using smokeless tobacco appears to be higher than that for motivational interviewing aimed at getting people to stop smoking tobacco; however, due to limited evidence, this could be due to other study characteristics.	Evidencia 1b Recomendación A

Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
<p>Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. 2013.</p> <p>Luz Helena Alba, MG, Raúl Murillo, Juan Sebastián Castillo.</p> <p>Systematic review.</p>	<p>Adultos fumadores, excluyendo poblaciones especiales (adolescentes, embarazadas, enfermedad mental, hospitalizados, Etcétera).</p>	<p>Recomendaciones de consejería de cualquier modalidad para dejar de fumar.</p>	<p>Todos los profesionales de la salud deben preguntar por el estado de fumador y orientar los pacientes a servicios de cesación (GRF). Todos los médicos deben aconsejar dejar de fumar y remitir para intervenciones intensivas a quienes quieran dejarlo (GRF). Todos los profesionales de la salud, adecuadamente capacitados, deben ofrecer consejería intensiva basada en resolución de problemas y generación de habilidades, o entrevista motivacional (GRD). La consejería intensiva se puede ofrecer individual, grupal o telefónicamente de manera proactiva (GRF). El material de autoayuda se puede usar si no hay otra posibilidad de contacto con el paciente. Si se usa en combinación con consejería individual o grupal, se recomienda personalizarlo (GRF). Ofrecer múltiples formatos en consejería intensiva requiere gran esfuerzo e inversión de recursos, por lo que esta alternativa debe basarse en las condiciones específicas del paciente y en la evidencia para cada combinación (GRD).</p>	<p>Evidencia</p> <p>1a</p> <p>Recomendación</p> <p>A</p>

Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
<p>Nursing intervention and smoking cessation: Meta-analysis update. 2006.</p> <p>Virginia Hill Rice.</p> <p>Systematic review.</p>	<p>Adultos fumadores, mayores de 18 años de uno u otro sexo, y reclutados en cualquier tipo de entorno de atención de salud.</p> <p>Excluyendo las mujeres embarazadas</p>	<p>Intervenciones de enfermería: prestación de asesoramiento, orientación, o estrategias para ayudar a los pacientes a dejar de fumar.</p>	<p>The results of this review support the benefits of smoking-cessation interventions as part of evidence- based nursing practice.⁵⁸ The challenge will be to incorporate this as part of standard care so that all patients are given an opportunity to be asked about their tobacco use and given advice to quit along with structured counseling, reinforcement, and follow-up. NRT has been shown to improve quit rates when used in conjunction with counseling for behavioral change,¹⁵ and this should be considered as an important adjunct, but not be a substitute for nursing intervention. The evidence suggests that brief intervention from nurses who combine smoking-cessation treatments with other tasks are less effective than more intense and focused interventions with multiple contacts by nursing in health-promotion or cardiac-rehabilitation roles.</p>	<p>Evidencia</p> <p>2a</p> <p>Recomendación</p> <p>A</p>

Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
<p>Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería. 2007.</p> <p>Janet Nevala, Carol Bossenberry, Debbie Cooke, Nancy Edwards, Sharon Lawler, Heather Logan, Joan Mitchell, Shirley Saasto-Stopyra, Josephine Santos, Louise Walker.</p> <p>Guía de práctica clínica.</p>	Fumadores.	Intervenciones de enfermería para dejar de fumar	<p>Las enfermeras implantan una intervención de consumo mínimo de tabaco mediante el protocolo “Preguntar, Asesorar, Ayudar, Preparar” con todos los pacientes. (evidencia A)</p> <p>Las enfermeras llevan a cabo una intervención intensiva para el abandono del hábito de fumar (de más de 10 minutos de duración) cuando su conocimiento y tiempo les permiten realizar una educación sanitaria más intensiva. (evidencia A)</p> <p>Las enfermeras reconocen que los fumadores pueden recaer varias veces antes de llegar a la abstinencia y deben volver a integrar a los pacientes en el proceso de abandono del hábito de fumar. (evidencia B)</p> <p>Las enfermeras deberían conocer los recursos comunitarios para dejar de fumar a efectos de derivación y seguimiento. (evidencia C)</p> <p>Las enfermeras implantan intervenciones para dejar de fumar prestando especial atención a aspectos de género, etnia y edad y adaptan las estrategias a las distintas necesidades de los sectores de la población. (evidencia C)</p> <p>Las enfermeras animan a los fumadores, así como a los que no lo son, a convertir sus casas en espacios sin humo para proteger a los niños, a sus familias y a ellos mismos de la exposición al humo ajeno. (evidencia A)</p>	

Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
<p>Guía de tratamiento del tabaquismo. 2010.</p> <p>Fiore MC, Jaén CR, Baker TB.</p> <p>Guía de práctica clínica.</p>	Consumidores de tabaco.	Intervenciones para ayudar a dejar de fumar.	<p>1. El tabaquismo es una enfermedad crónica que a menudo requiere intervenciones repetidas y múltiples intentos de abandono. Sin embargo, existen tratamientos eficaces que pueden aumentar significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo. (Evidencia A)</p> <p>2. Es esencial que los profesionales sanitarios y los sistemas sanitarios identifiquen y documenten de forma consistente el estado de consumo de tabaco y traten a todo fumador visto en el entorno de la atención sanitaria. (Evidencia A)</p> <p>3. Los tratamientos del tabaquismo son eficaces en una amplia gama de poblaciones. Los profesionales sanitarios deben alentar a todos los pacientes que estén dispuestos a hacer un intento para dejar de fumar a que utilicen los tratamientos de asesoramiento y medicación recomendados en esta Guía. (Evidencia A)</p> <p>4. El tratamiento breve del tabaquismo es eficaz. Los profesionales sanitarios deben ofrecer a todos los fumadores, al menos, los tratamientos breves cuya eficacia se ha mostrado en esta Guía. (Evidencia A)</p> <p>5. El asesoramiento individual, grupal y telefónico es eficaz, y su efectividad aumenta con la intensidad del tratamiento. (Evidencia A) Dos componentes del asesoramiento son especialmente eficaces, y los profesionales sanitarios deben utilizarlos cuando los pacientes asesorados hacen un intento para dejar de fumar: Asesoramiento práctico para la resolución de situaciones de alto riesgo y formación en habilidades. Apoyo social como parte del tratamiento. (Evidencia B)</p>	

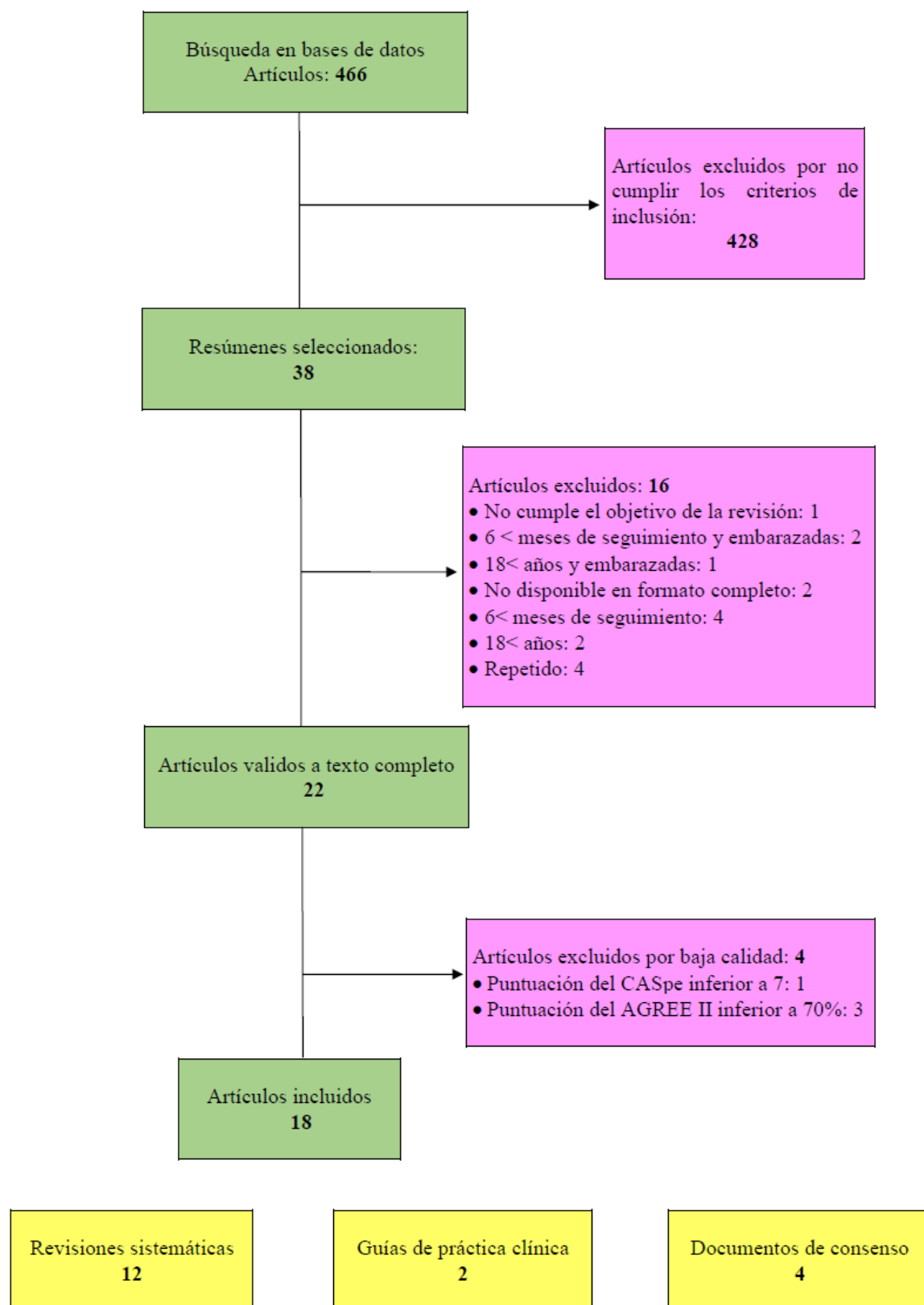
			<p>6. Se dispone de numerosos medicamentos para el tratamiento del tabaquismo, y los profesionales sanitarios deberían recomendar su uso a todos los pacientes que intentan dejar de fumar, excepto cuando estén contraindicados o en poblaciones específicas para las cuales los datos de su eficacia son insuficientes. Siete medicamentos de primera línea incrementan de manera fiable las tasas de abstinencia a largo plazo: Bupropión SR: Chicle de nicotina, Inhalador de nicotina, Pastilla de nicotina, Spray nasal de nicotina, Parche de nicotina, Vareniclina. Los profesionales sanitarios también deben considerar el uso de ciertas combinaciones de medicamentos identificados como eficaces en esta Guía. (Evidencia A)</p> <p>7. El asesoramiento y la medicación son eficaces cuando se utilizan de forma aislada para tratar la dependencia del tabaco. La combinación de asesoramiento y medicamentos, sin embargo, es más eficaz que cualquiera de ellos por sí solo. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben alentar a todos los individuos que hacen un intento para dejar de fumar a que utilicen el asesoramiento y la medicación. (Evidencia A)</p> <p>8. El asesoramiento telefónico para el abandono del tabaco es eficaz en diversas poblaciones y tiene un amplio alcance. Por ello, tanto los profesionales sanitarios como los sistemas sanitarios deberían garantizar el acceso del paciente a las líneas telefónicas de ayuda al fumador y promover la utilización de éstas. (Evidencia A)</p> <p>9. Si un fumador habitual no está dispuesto a hacer un intento para dejar de fumar, los profesionales sanitarios deben usar los tratamientos motivacionales identificados como eficaces en esta Guía, para incrementar futuros intentos de abandono. (Evidencia A)</p>	
--	--	--	---	--

			10. Los tratamientos del tabaquismo son clínicamente eficaces y muy coste/eficaces en relación con las intervenciones para otras enfermedades. Proporcionar cobertura para estos tratamientos aumenta las tasas de abandono. Las aseguradoras y los compradores deben velar porque todos los planes de seguros incluyan como prestaciones cubiertas el asesoramiento y la medicación identificados como eficaces en esta Guía. (Evidencia A)	
Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. 2015. Eva Belén de Higes Martínez, Lidia Perera López. Documento de consenso.	Fumadores.	Diagnóstico y tratamiento del tabaquismo	El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública y la intervención en tabaquismo es el patrón oro de las intervenciones preventivas por su alto coste/efectividad. Por ello, todos los profesionales sanitarios estamos obligados a realizar intervenciones en tabaquismo en los fumadores, tanto en los que desean abandonar el consumo para facilitar el proceso, como en los que no quieren dejar de fumar para motivarles a replantearse su conducta de fumador. Un gran porcentaje de los fumadores desea dejar de fumar. Sin apoyo, las tasas de éxito son bajas. Existen tratamientos, tanto farmacológicos como terapias psicológicas, que aumentan significativamente las tasas de abandono, siendo las terapias combinadas las que han demostrado mayor eficacia.	
Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
Abordaje del Tabaquismo. 2007 Comité de Calidad Asistencial y Comité de Formación y	Fumadores.	Tratamiento del tabaquismo.	Existen herramientas terapéuticas que nos pueden servir de ayuda en el tratamiento del abandono del tabaco. La más simple de todas es nuestra intervención como personal sanitario, que se puede realizar en cualquier ámbito que implique una relación paciente-sanitario. Los distintos tratamientos farmacológicos que existen en	

Docencia de SEPAR. Documento de consenso.			el mercado multiplican las tasas de éxito si son usados y seguidos de forma correcta por un sanitario. El tratamiento psicológico es necesario y refuerza cualquier otro tipo de terapia. Existen distintos niveles asistenciales en la atención al fumador, que están relacionados entre sí y entre los que existe un flujo de comunicación y derivación de pacientes.	
Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
Manual de tabaquismo. 2012. Carlos Andrés Jiménez Ruiz, Neus Altet Gómez. Documento de consenso.	Fumadores.	Tratamiento del tabaquismo.	El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica que es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados. Hay tres grandes tipos de fumadores: aquellos que no quieren dejar de fumar en el momento actual, aquellos que quieren dejar de fumar en el momento actual y aquellos que ya han dejado de fumar en un pasado muy reciente. Para los primeros la entrevista motivacional es el tratamiento de elección; para los segundos la combinación de asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico es lo obligado, y para los terceros el control y el tratamiento de las recaídas es lo más recomendado. Se consideran varios tipos de abstinencia que vienen definidos por el tiempo que el sujeto se mantenga sin consumir tabaco: abstinencia completa, abstinencia continua, abstinencia entre la 9. ^a y la 12. ^a semana, abstinencia entre la 9. ^a y la 24. ^a semana, abstinencia entre la 9. ^a y la 52. ^a semana y abstinencia puntual. Todos estos tipos de abstinencia requieren ser validados mediante cooximetría y/o medición de cotinina en líquidos corporales. En ocasiones se hace necesaria la determinación de anabasina o anatabina.	

Autor, año...	Población	Intervención	Resultados	NE y GR
<p>Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2009.</p> <p>M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández Mezquita, M. Torrecilla García.</p> <p>Documento de consenso.</p>	Fumadores.	Tratamiento del tabaquismo.	<p>El tabaquismo es una enfermedad crónica, por lo que su tratamiento es, debe ser, una actividad clínica integrada en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Corresponde al personal sanitario ofrecer este tipo de tratamiento y para ello necesita de herramientas prácticas, destinadas a facilitar la implementación de los procedimientos adecuados en sus actividades profesionales diarias, independientemente del lugar del sistema sanitario en el que éstas se realicen. Es por eso por lo que también, sin renunciar a los procedimientos de intervención colectiva, hemos primado los relativos a la intervención individual, <i>face to face</i>, que es el sistema mayoritario de oferta de servicios del Sistema Nacional de Salud y la forma de asistencia más demandada por los pacientes. La inclusión del tratamiento del tabaquismo en las prestaciones sanitarias es mucho más eficiente que la mayoría de las intervenciones médicas destinadas a mejorar el estado de salud, y se recomienda su inclusión dentro del catálogo de prestaciones, así como el desarrollo de estímulos a los profesionales y los equipos sanitarios para fomentar su implantación en la práctica clínica.</p>	

12.5 Algoritmo del proceso de selección



12. 6 Taxonomías

NIC [4490] Ayuda para dejar de fumar

CÓDIGO: 4490	EDICIÓN: 1992, 2000, 2004, 2013
INTERVENCIÓN: Ayuda para dejar de fumar	
DEFINICIÓN: Ayudar a un paciente para que deje de fumar.	
CAMPO: 3 Conductual	CLASE: O Terapia conductual
ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA: Dependencias y adicciones, Diabetes, Otorrinolaringología y cabeza/cuello, Salud domiciliaria, Salud escolar, Salud laboral, Radiológica, Vascular.	

ACTIVIDADES

- Registrar el estado actual y los antecedentes del tabaquismo.
- Determinar la facilidad del paciente para aprender cómo dejar de fumar.
- Controlar la disposición del paciente para intentar abandonar el tabaco.
- Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar.
- Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden.
- Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina (p. ej., cefalea, mareos, náuseas, irritabilidad e insomnio).
- Asegurar al paciente que los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina son temporales.
- Informar al paciente sobre productos sustitutivos de la nicotina (p. ej., parches, chicles, aerosoles nasales, inhaladores) para ayudar a reducir los síntomas físicos de la abstinencia.
- Ayudar al paciente a identificar aspectos psicosociales (p. ej., sentimientos positivos y negativos asociados con el hábito de fumar) que influyen en la conducta de fumar.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para dejar de fumar que se dirija a los aspectos psicosociales que influyen en la conducta de fumar.
- Ayudar al paciente a reconocer situaciones que le incitan a fumar (p. ej., estar con personas que fuman, frecuentar lugares donde se permite fumar).

- Ayudar al paciente a desarrollar métodos prácticos para resistir las ansias de fumar (p. ej., pasar tiempo con amigos no fumadores, frecuentar lugares donde no se permita fumar, ejercicios de relajación).
- Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando el paciente esté decidido a dejarlo.
- Ayudar a los fumadores motivados a fijar una fecha para dejar de fumar.
- Animar al paciente a mantener un estilo de vida sin tabaco (p. ej., hacer del día de abandono del tabaco un día de celebración; fomentar autorrecompensas a intervalos específicos de abandonar el hábito, como 1 semana, 1 mes, 6 meses; fomentar el ahorro de dinero que antes se gastaba en tabaco para comprar una recompensa especial).
- Animar al paciente a unirse a un grupo de apoyo para dejar de fumar que se reúne semanalmente.
- Remitir a programas de grupo o terapias individuales, según resulte oportuno.
- Apoyar al paciente con métodos de autoayuda.
- Ayudar al paciente a planificar estrategias de afrontamiento específicas y a resolver problemas resultantes de dejar de fumar.
- Aconsejar que se evite seguir una dieta mientras se intenta dejar de fumar dado que ello puede hacer que fracase la posibilidad de dejar de fumar.
- Aconsejar la preparación de un plan para enfrentarse a los que fuman y para evitar estar a su alrededor.
- Informar al paciente de que la sequedad bucal, la tos, la irritación faríngea y el nerviosismo son síntomas que pueden producirse después de dejar de fumar; los parches o los chicles pueden ayudar frente a las ansias de fumar.
- Aconsejar al paciente que tenga una lista de \"deslices\", de lo que los causa y de lo que el paciente ha aprendido de ellos.
- Aconsejar al paciente que evite el uso de tabaco sin humo, tabaco de chupar y chicles porque pueden conducir a la adicción y/o problemas de salud, como cáncer bucal, problemas de encías, pérdida de dientes y cardiopatías. Controlar la terapia sustitutiva con nicotina.
- Ponerse en contacto con organizaciones de recursos nacionales y locales para obtener materiales de recursos.

- Realizar el seguimiento del paciente durante 2 años después de dejar de fumar, si fuera posible, para dar ánimos.
- Organizar un contacto telefónico frecuente con el paciente (p. ej., para reconocer que la abstinencia es difícil, para reforzar la importancia de permanecer abstinentes, para felicitar por los progresos).
- Ayudar al paciente a enfrentarse con cualquier recaída (p. ej., asegurar al paciente que no es un "fracasado", asegurar que puede aprenderse mucho de esta regresión temporal, ayudar al paciente a identificar las razones de la recaída).
- Apoyar al paciente que vuelve a fumar ayudándole a valorar lo que ha aprendido.
- Animar al paciente que ha recaído a dejar de fumar otra vez.
- Favorecer las políticas que establecen y refuerzan un entorno sin humo.
- Servir como modelo de no fumador.

NOC [1625] CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO
--

CÓDIGO: 1625	EDICIÓN: 2008
RESULTADO: CONDUCTA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO	
DEFINICIÓN: Acciones personales para eliminar el consumo de tabaco.	
DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud	CLASE: 19 Conducta de salud.
ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA: Atención de emergencias, Cirugía, Diabetes, Genética, Nefrología, Oftalmología, Oncología pediátrica, Ortopedia, Salud comunitaria, Transporte terrestre y aéreo.	

INDICADORES

ESCALA m: Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.

- [162501] Expresa el deseo de dejar de fumar
- [162502] Expresa la creencia en la capacidad de dejar de fumar.
- [162503] Identifica los beneficios del abandono del tabaco.
- [162504] Identifica las consecuencias negativas del consumo de tabaco.
- [162505] Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco.
- [162506] Identifica obstáculos para la eliminación de tabaco.
- [162507] Se adapta a estrategias para eliminar el tabaco, si es necesario.
- [162508] Se compromete con estrategias de eliminación del tabaco.
- [162509] Sigue estrategias seleccionadas de eliminación del tabaco.
- [162510] Participa en la detección de problemas de salud asociados.
- [162511] Utiliza estrategias para afrontar el síndrome de abstinencia.
- [162512] Utiliza estrategias de modificación de la conducta.
- [162513] Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas.
- [162514] Obtiene asistencia de un profesional sanitario.
- [162515] Utiliza un sistema de apoyo personal.
- [162516] Utiliza fuentes acreditadas de información.
- [162517] Utiliza terapia de sustitución de nicotina.
- [162518] Utiliza terapias alternativas.
- [162519] Identifica estados emocionales que afectan al uso de tabaco.
- [162520] Adapta el estilo de vida para promover la eliminación de tabaco.

- [162521] Utiliza la medicación prescrita, según recomendación.
- [162522] Utiliza medicación sin prescripción, según recomendación.
- [162523] Utiliza los grupos de apoyo disponibles.
- [162524] Utiliza los recursos comunitarios disponibles.
- [162525] Participa en el asesoramiento.
- [162526] Participa en el asesoramiento telefónico.
- [162527] Controla los signos de depresión.
- [162528] Elimina el consumo de tabaco.
- [162529] Se compromete con la abstinencia del tabaco.

NOC [1906] CONTROL DEL RIESGO: CONSUMO DE TABACO

CÓDIGO: 1906	EDICIÓN: 1997, 2004, 2008, 2013.
RESULTADO: CONTROL DEL RIESGO: CONSUMO DE TABACO	
DEFINICIÓN: Acciones personales para prevenir el consumo de tabaco.	
DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud.	
CLASE: 22 Control del riesgo y seguridad.	
ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA: Nefrología, Oftalmología, Oncología pediátrica, Ortopedia, Salud comunitaria.	

INDICADORES

ESCALA m: Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.

- [190601] Reconoce los factores de riesgo personales del consumo de tabaco.
- [190602] Reconoce las consecuencias asociadas con el consumo de tabaco.
- [190603] Controla los factores del entorno que fomentan el consumo de tabaco.
- [190612] Utiliza los sistemas de apoyo personal para prevenir el consumo de tabaco.
- [190613] Utiliza grupos de apoyo para prevenir el consumo de tabaco.
- [190614] Utiliza los recursos comunitarios para evitar el consumo de tabaco.
- [190619] Reconoce la satisfacción personal asociada al consumo de tabaco.
- [190620] Reconoce la influencia de la presión del grupo de iguales.
- [190621] Utiliza estrategias para prevenir el consumo de tabaco con el grupo de iguales.
- [190622] Reconoce influencias sociales que incitan al consumo de tabaco.
- [190623] Reconoce influencias culturales que incitan al consumo de tabaco.
- [190624] Participa en una actividad física.
- [190625] Evita situaciones sociales que fomentan el consumo de tabaco.
- [190626] Utiliza fuentes acreditadas de información.
- [190627] Busca información actual sobre los peligros del consumo de tabaco.
- [190628] Reconoce las propiedades adictivas del tabaco.
- [190629] Identifica los factores de riesgo del consumo de tabaco.
- [190630] Reconoce las desventajas personales asociadas al consumo de tabaco.
- [190631] Reconoce la capacidad de cambiar la conducta.